



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Maria da Conceição Fernandes Coelho Alves

OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA MOBILIDADE DO DOENTE PALIATIVO NÃO ONCOLÓGICO: PERSPETIVA DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos

Trabalho efectuado sob a orientação da:

Professora Doutora Maria Manuela Amorim Cerqueira (Orientador)

Maio de 2013

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho ao meu Pai
e a todos os que sofrem e não podem esperar...*

AGRADECIMENTOS

Na concretização deste trabalho foram várias as pessoas que me ajudaram e, sem as quais não seria possível a sua concretização, para todos um grande bem hajam!

No entanto, quero deixar aqui os meus mais sinceros agradecimentos:

À Enfermeira e Professora Dr.^a Maria Manuela Amorim Cerqueira, orientadora deste trabalho, pela disponibilidade, apoio, dedicação, partilha de saberes, tempo dispensado, pertinência das suas críticas e sugestões na elaboração desta dissertação

Ao papel basilar dos Enfermeiros de Reabilitação que participaram no estudo

À instituição hospitalar, aos Enfermeiros Chefes e Enfermeira de Departamento do Serviço de Medicina 1, que contribuíram para a concretização deste trabalho

Ao Luís pela cumplicidade, compreensão e apoio incondicional

Ao Duarte pela *falta* da mãe quando precisou...

À minha família, que apesar do momento difícil que atravessou durante esta escalada, sempre me soube compreender

À Graça que se debruçou por mim nesta leitura...

A todas as pessoas que de alguma forma colaboraram para que este estudo fosse uma realidade presente...

Obrigado!

RESUMO

Hoje, assiste-se ao envelhecimento da população de forma generalizada no nosso país, associado ao aumento da esperança média de vida. A prevalência de doenças crónicas assume também, um papel preponderante nos problemas que se colocam ao sistema de saúde, constituindo um desafio para os enfermeiros no desenvolvimento de respostas capazes de responderem a estas situações. Com o intuito de intervir em prol da minimização das limitações impostas pela situação clínica, dignificando deste modo esta etapa da vida, surge a questão: ” Qual a influência que os cuidados de enfermagem de reabilitação exercem na mobilidade do doente paliativo não oncológico”? com o objetivo de compreender a influência que os cuidados de enfermagem de reabilitação exercem na mobilidade do doente paliativo não oncológico num hospital de agudos.

METODOLOGIA: Estudo qualitativo, exploratório descritivo; recolha de dados: entrevista semiestruturada. Participantes: enfermeiros de reabilitação de um serviço de medicina, de um hospital do norte do país. Efetuada análise de conteúdo segundo o referencial de Bardin (2011). O estudo respeitou os princípios ético morais.

RESULTADOS: Através dos relatos dos participantes apurou-se que, o conceito de doente paliativo não oncológico é concetualizado através de diversos significados; salientam a necessidade de uma avaliação sistemática, exigindo a monitorização dos resultados e tomada de decisão; as estratégias utilizadas reportam-se a técnicas (cinesiterapia respiratória, técnicas de mobilização e de massagem) e a produtos de apoio; há necessidade de maior flexibilidade na execução dos cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico, mais tempo disponível, maior atenção pela equipa multidisciplinar e maior sensibilidade da organização/instituição para os cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico.

CONCLUSÕES: Os enfermeiros reconhecem que os cuidados de reabilitação num doente paliativo não oncológico devem promover cuidados que proporcionem alívio do sofrimento destes doentes, contribuindo para a preservação da dignidade. Há necessidade de políticas que promovam a participação do enfermeiro de reabilitação nos cuidados paliativos, formação, investigação e implementação de Equipas Hospitalares para acompanhamento e apoio destes profissionais, que cuidam de doentes paliativos não oncológicos em serviços de medicina.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem de reabilitação; doente paliativo não oncológico; hospital de agudos.

Maio 2013

ABSTRACT

Today, we see the population aging in a general way in our country, associated to the increase average life expectancy. The prevalence of chronic diseases assumes also, a major role in the issues presented to the health system, constituting a challenge for nurses in the developing of responses which could answer to these situations. To be able to act on the minimization of the limitations imposed by the clinical situation, dignifying this way this time of life, the question arises: “What’s the influence that nursing rehabilitation care exert in the mobility of the palliative patient non oncologic?”, with the aim of understanding the influence that nursing rehabilitation care exert in the mobility of the palliative patient non oncologic in an acute hospital.

METHODOLOGY: Qualitative study, exploratory descriptive; data collection: semi-structured interview. Participants: rehabilitation nurses of a medicine service, from a hospital in the north of the country. The analysis of the content made according to the model of Bardin (2011). The study complied with the ethical and moral principles.

RESULTS: Through the reports given by the various participants it was found that, the palliative patient non oncologic concept is conceptualized throughout several meanings; emphasizing the need of a systematic assessment, requiring the monitoring of the results and decision-making, the strategies used, report to techniques (respiratory kinesitherapy, mobilization and massage techniques) and support products, there is a need for more flexibility in the execution of the nursing rehabilitation care on a palliative patient non oncologic, more time available, a greater attention by the multidisciplinary team and more sensitivity of the organization/institution for nursing rehabilitation care on a palliative patient non oncologic.

CONCLUSIONS: Nurses recognize that rehabilitation care in a palliative patient non oncologic should promote health care that offer relief of the suffering of these patients, contributing to the preservation of human being's dignity. There is a need of policies that promote the participation of the rehabilitation nurse in palliative care, training, investigation and implementation of hospital teams to support and monitor these professionals, that take care of the palliative patients non oncologic in medicine services.

Keywords: Nursing rehabilitation care; palliative patient non oncologic; acute hospital.

May 20013

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	15
PARTE I – O DOENTE PALIATIVO NÃO ONCOLÓGICO E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	19
1. OS CUIDADOS PALIATIVOS – CONCEITOS E PERSPETIVAS	21
1.1. Evolução histórica dos Cuidados Paliativos	32
1.2. Doente Paliativo Não Oncológico – Conceito	37
2. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO DOENTE PALIATIVO NÃO ONCOLÓGICO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA	39
3. CONCEÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	41
1.3. A Mobilidade do Doente Paliativo Não Oncológico	44
1.4. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Mobilidade do Doente Paliativo Não Oncológico.....	47
4. REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO NO CUIDAR DO DOENTE PALIATIVO NÃO ONCOLÓGICO NUM SERVIÇO DE MEDICINA DUM HOSPITAL DE AGUDOS	53
PARTE II – DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA.....	59
1. PROBLEMÁTICA DO ESTUDO – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS	61
2. METODOLOGIA DE ESTUDO.....	65
2.1. Tipo de Estudo	66
2.2. Terreno de Pesquisa	66
2.3. População em Estudo	67
3. PROCEDIMENTOS DE NATUREZA ÉTICA	71
4. ESTRATÉGIAS DE RECOLHA DE DADOS	73
4.1. Instrumento de Recolha de Dados.....	74

4.2.	Procedimento de Análise de Dados.....	75
5.	TRATAMENTO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE DADOS	77
5.1.	Conceito de Doente Paliativo Não Oncológico.....	79
5.2.	Cuidados de Enfermagem de Reabilitação Prestados ao Doente Paliativo Não Oncológico	81
5.3.	Perceção dos Enfermeiros de Reabilitação relativamente aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados ao Doente Agudo e ao Doente Paliativo Não Oncológico	87
5.4.	Perspetiva dos Enfermeiros de Reabilitação relativamente à sensibilidade da Organização/Instituição para os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Doente Paliativo Não Oncológico	88
5.5.	Visibilidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	90
5.6.	Perspetiva dos Enfermeiros de Reabilitação relativamente à Comunicação estabelecida entre pares.....	91
5.7.	Dificuldades experienciadas pelos Enfermeiros de Reabilitação no cuidar do Doente Paliativo Não Oncológico.....	92
5.8.	Sugestões para a melhoria dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Doente Paliativo Não Oncológico.....	93
6.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	95
7.	CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA	103
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
	FONTES CONSULTADAS	117
	ANEXOS	119
	APÊNDICES	123

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Reabilitar em Cuidados Paliativos.....	49
Quadro 2 – Caraterização dos Enfermeiros, segundo Género, Idade, Habilitações Profissionais	68
Quadro 3 – Caraterização dos Enfermeiros, segundo a Categoria Profissional, Tempo de Experiencia no Serviço de Medicina, Tempo de Experiência com Especialidade.....	68
Quadro 4 – Caraterização dos Enfermeiros, segundo a Formação em Cuidados Paliativos	69
Quadro 5 – Áreas Temáticas, Categorias e Subcategorias emergentes das entrevistas	77
Quadro 6 – Categorias, Subcategorias e Unidades de Análise relativas ao tema “Conceito de doente paliativo não oncológico”	79
Quadro 7 – Subtemas, Categorias, Subcategorias e Unidades de Análise relativas ao tema “Cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao doente paliativo não oncológico”	82
Quadro 8 – Categorias e Unidades de Análise relativas ao tema “Perceção dos enfermeiros de reabilitação relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao doente agudo e ao doente paliativo não oncológico”	87
Quadro 9 – Categorias, Subcategorias e Unidades de Análise relativas ao tema “Perspetiva dos Enfermeiros de reabilitação relativamente à sensibilidade da organização/instituição para os cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico”.....	88
Quadro 10 – Categorias e Unidades de Análise relativas ao tema “Visibilidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação”	90
Quadro 11 – Categorias, Subcategorias e Unidades de Análise relativas ao tema “Perspetiva dos enfermeiros de reabilitação relativamente à comunicação estabelecida entre pares”	91
Quadro 12 – Categorias e Unidades de Análise relativas ao tema “Dificuldades experienciadas pelos enfermeiros de reabilitação no cuidar do doente paliativo não oncológico”	92
Quadro 13 – Categorias e Unidades de Análise relativas ao tema ” Sugestões para a melhoria dos cuidados ao doente paliativo não oncológico”	93

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I – Número de respostas para cada categoria e respetiva subcategoria relativas ao tema “Conceito de doente paliativo não oncológico”	81
Tabela II – Número de respostas para cada categoria e respetiva subcategoria relativas ao tema “Cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao doente paliativo não oncológico”	86
Tabela III – Número de respostas para cada categoria relativas ao tema “Perceção dos enfermeiros de reabilitação relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao doente agudo e ao doente paliativo não oncológico”	88
Tabela IV – Número de respostas para cada categoria relativas ao tema “Perspetiva dos enfermeiros de reabilitação relativamente à sensibilidade da organização/instituição para os cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico”	89
Tabela V – Número de respostas para cada categoria relativas ao tema “Visibilidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação”	91
Tabela VI – Número de respostas para cada categoria relativas ao tema “Perspetiva dos enfermeiros de reabilitação relativamente à comunicação estabelecida entre pares”	92
Tabela VII – Número de respostas para cada categoria relativas ao tema “Dificuldades experienciadas pelos enfermeiros de reabilitação no cuidar do doente paliativo não oncológico”	93
Tabela VIII – Número de respostas para cada categoria relativas ao tema “Sugestões para a melhoria dos cuidados ao doente paliativo não oncológico”	94

ABREVIATURAS

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BiPAP - Bilevel Positive Airway Pressure

CIPE – Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem

CPAP - Continuous Positive Airway Pressure

CR – Cinesiterapia Respiratória

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ER – Enfermeiro de Reabilitação

ESAS – Edmonton Symptom Assessment Schedule

EURAG - European Federation of Older Persons

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos

RCP - Royal College of Physicians

SAPE – Sistema de Apoio às Práticas de Enfermagem

SECPAL – Sociedad Española de Cuidados Paliativos

SFAP – Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

UMCCI – Unidade Missão Cuidados Continuados Integrados

UP – Úlceras de Pressão

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento demográfico associado às mudanças na estrutura e comportamentos sociais e/ou familiares, originará, nos próximos anos, novas necessidades em saúde. Em Portugal, a percentagem de idosos aumentou de 16% para 19%, consequência direta da estrutura demográfica do país onde o índice de envelhecimento subiu de 102, em 2001, para 128 em 2011, (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2012). O aumento da esperança média de vida, a incidência de doenças crónicas incuráveis e a melhoria de cuidados no final da vida, tornam a prestação de cuidados a estes doentes, um dos fatores essenciais de qualquer sistema de saúde.

As doenças crónicas incuráveis e progressivas apresentam episódios de agudização, conduzindo a quadros de grande dependência funcional. Algumas dessas doenças podem causar deficiência e ou incapacidade, com consequências psicológicas ligadas à fragilidade, insegurança, perda de autonomia, dependência e sofrimento. Assim, surge a necessidade de cuidados de suprimento e de manutenção nesta etapa da vida, em que os cuidados paliativos surgem como fundamentais para o alívio do sofrimento, a promoção da dignidade, da autonomia e da qualidade de vida. Refere Collière (1989) que os cuidados de compensação, visam compensar os efeitos das perdas, o desgaste que ocasiona diminuições sensoriais e motoras (auditivas, visuais, táteis, motoras), mas também a perda do controle dos esfíncteres e das propriedades da pele, com as consequências que isso arrasta para o assegurar das funções vitais.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação articulam-se com estes cuidados, pois compreendem um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, que permitem intervir na manutenção das capacidades funcionais desses doentes, prevenir complicações e manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, através de técnicas específicas, proporcionando o direito à dignidade e à qualidade de vida. Estes são cuidados ativos apropriados à condição de saúde dos doentes e suas famílias. São ainda, cuidados globais e abrangem os aspetos físicos, psicológicos, emocionais e espirituais, envolvendo a reabilitação. Estas duas áreas procuram promover no doente o mais elevado potencial, físico, psicológico, social e espiritual, apesar das suas limitações, Twycross (2001).

Em ambas as áreas é indispensável o trabalho em equipa, onde o doente e família sejam foco principal dos cuidados, cuja missão é ter em conta quem cuida e é cuidado. Embora os cuidados de reabilitação sejam dirigidos essencialmente ao doente agudo, os

princípios são idênticos quando se dirigem a pessoas que se encontram em fases opostas no seu processo de doença. Ajudar a pessoa a viver o melhor possível, exige que estes cuidados se “estendam muito para além do alívio de sintomas”, (Twycross 2001, p. 16). Neste sentido, o enfermeiro de reabilitação, ao ajudar o doente a preservar as suas funções, contribui para o controlo de sintomas, que é um dos pilares dos cuidados paliativos.

Olhar para o aumento do número de pessoas com alterações da mobilidade constitui também um desafio para os enfermeiros de reabilitação, no sentido de que lhes exige que as suas intervenções tenham como objetivo minorar as limitações impostas pela situação clínica, dignificando deste modo esta etapa da vida. Alguns estudos têm demonstrado o aumento da prevalência das doenças crónicas degenerativas em pessoas com mais de 65 anos e que as alterações da mobilidade são o maior problema da pessoa que envelhece, como concluiu Sanchez (2000) no seu estudo.

Partindo destes pressupostos, a experiência como enfermeira da investigadora, que se confrontou no seu quotidiano com situações clínicas de doentes com doença crónica não oncológica com graves sequelas provenientes da imobilidade, provocou inquietações que a conduziu à questão de investigação: Qual a influência que os cuidados de enfermagem de reabilitação exercem na mobilidade do doente paliativo não oncológico?

Assim, definiu-se para este estudo o objetivo geral:

- Compreender a influência que os cuidados de enfermagem de reabilitação exercem na mobilidade do doente paliativo não oncológico.

E como objetivos específicos:

- Identificar os cuidados de enfermagem de reabilitação na mobilidade do doente paliativo não oncológico;
- Identificar o significado que os cuidados de enfermagem de reabilitação têm para os enfermeiros de reabilitação que cuidam do doente paliativo não oncológico.

Este estudo tem como finalidade contribuir para a prevenção da imobilidade do doente paliativo não oncológico. Assim, atendendo à problemática e aos objetivos do estudo, optou-se pelo paradigma qualitativo assente num estudo de carácter exploratório e descritivo.

O presente estudo será apresentado em duas partes. Na primeira expõe-se a fundamentação teórica que permite situar a área temática, onde se faz referência ao doente paliativo não oncológico e aos cuidados de enfermagem de reabilitação, salientando-se os pilares que fundamentam os cuidados paliativos e os de enfermagem de reabilitação.

Seguidamente abordam-se as representações sociais do doente paliativo não oncológico. Também, se foca a mobilidade do doente paliativo não oncológico e os cuidados de enfermagem de reabilitação nesse âmbito. Por último, abordam-se as representações dos enfermeiros de reabilitação no cuidar destes num serviço de medicina dum hospital de agudos.

Na segunda parte, é traçada a investigação empírica, onde se insere o enquadramento metodológico, todos os aspetos inerentes ao mesmo, a apresentação e discussão dos resultados obtidos.

Por último, apresentam-se as conclusões, limitações e implicações do estudo para a prática clínica.

PARTE I – O DOENTE PALIATIVO NÃO ONCOLÓGICO E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

1. OS CUIDADOS PALIATIVOS – CONCEITOS E PERSPETIVAS

Os cuidados paliativos, também chamados de cuidados de conforto, são cuidados ativos prestados a pessoas cuja doença não responde ao tratamento curativo, priorizando o controlo de sintomas, através da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce e tratamento de sintomas, onde se incluem os psicossociais e espirituais, numa abordagem que tem como objetivo a melhor qualidade de vida para os doentes e suas famílias, segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002 como citado em Neto, 2006).

Twycross (2001) define cuidados paliativos como cuidados ativos e totais prestados a doentes, com doenças que constituam risco de vida, e às suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença já não responde a tratamentos curativos ou que prolonguem a vida. Têm como componentes básicos o controlo de sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e a interdisciplinaridade. A luta de Cecily Saunders desencadeou a discussão relativamente aos cuidados a prestar ao doente em fim de vida, surgindo assim, um movimento que procurou humanizar os cuidados nesta etapa da vida. Também Elisabeth Kübler-Ross (1969) com o seu livro “*Sobre a Morte e o Morrer*” chama a atenção para a temática da morte influenciando o ensino de medicina para o cuidado no final de vida.

Nos conceitos apresentados, estes cuidados são um complexo sistema, donde se podem diferenciar os cuidados integrais à pessoa doente sem possibilidade de cura, atuando sobre os sintomas e não sobre a doença, efetuados por uma equipa interdisciplinar com formação específica, preservando a autonomia do doente, de forma a evitar/diminuir o sofrimento, seja no domicílio ou no hospital, utilizando uma comunicação adequada às necessidades do doente, família e equipa, apoiando no luto e melhorando a qualidade de vida dos que sofrem.

Para a OMS (n.d. como citado em Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), 2010) os cuidados paliativos são uma prioridade nas políticas de saúde e recomenda uma abordagem programada e planificada, numa perspetiva de apoio global aos múltiplos problemas do doente que se encontra numa fase mais avançada da doença e no final da vida. Por sua vez, European Federation of Older Persons (EURAG) (2004 como citado em Neto, 2006, p. 21) reconhece que “a filosofia dos cuidados paliativos tem vindo progressivamente a ser desenvolvida e é hoje perspectivada

como um direito humano“, mas a pessoa em cuidados paliativos depara-se com constrangimentos no acesso a estes cuidados, mesmo com a existência de legislação específica.

Estes cuidados procuram dar resposta às necessidades de pessoas acometidas por uma doença grave de mau prognóstico e crónica com evolução desfavorável. Os cuidados paliativos devem ser introduzidos o mais precocemente possível no curso da doença, com o propósito de melhorar a qualidade de vida do doente e das suas famílias.

Apesar dos avanços nesta área, ainda existe a ideia de que quando não é possível curar a doença, nada há a fazer. Daí que muitos profissionais de saúde ainda tenham a noção de que cuidados paliativos, apenas, devam ser iniciados quando esgotadas todas as intervenções terapêuticas com carácter curativo. Inicialmente, os cuidados paliativos eram dirigidos a doentes oncológicos, em fase muito avançada da doença, mas com o desenvolvimento crescente da palição e por questões éticas de equidade, justiça e acessibilidade a cuidados de saúde, foram alargados a outras patologias, (UMCCI, no Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), 2010) e (Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), 2002; National Consensus Project, 2004; OMS, 2004; Hughes, 2005 como citado em Neto, 2006). As questões éticas de equidade, justiça e acessibilidades aos cuidados de saúde passaram progressivamente a ser recomendados para os doentes que tivessem necessidades comuns, e não apenas com base num diagnóstico ou prognóstico.

No contexto de uma cultura dominante da sociedade, que considera a cura da doença como principal objetivo dos serviços de saúde, a incurabilidade e a realidade inevitável da morte são encarados como fracasso da medicina. Será então necessário rompermos com a atual forma de estar em saúde, para podermos, através da formação, instituir a mudança necessária para cuidar do doente com necessidade de cuidados paliativos, quer ao nível dos hospitais, quer no seu domicílio, promovendo a qualidade de vida possível para o doente e família, tal com refere Twycross (2001, p.19) a “qualidade de vida é aquilo que a pessoa considera como tal”.

A procura da cura para muitas doenças e a consequente sofisticação dos meios de diagnóstico levaram a uma cultura, de “negação da morte”, (...) de “ilusão de pleno controlo sobre a doença”, (Neto, Aitken & Paldrön, 2004, p. 13). No entanto, os cuidados paliativos assumem-se hoje como um compromisso ético e organizacional, como um

direito humano e uma área de desenvolvimento técnico e científico basilar na prestação de cuidados de saúde.

Estes cuidados não são estabelecidos pelo diagnóstico, mas sim pela situação e necessidades do doente com doença grave e rapidamente progressiva. Destinam-se prioritariamente à fase final da vida e não apenas à fase agónica. Aliás, os cuidados paliativos devem ser instituídos de forma a prevenir as crises, pois muitos doentes necessitam de ser acompanhados durante semanas, meses ou, exceccionalmente, apenas antes da morte.

Esta tipologia de cuidados deve ser instituída em qualquer fase da doença, desde o diagnóstico até à fase terminal. Devem ser ministrados de acordo com o conhecimento e a aceitação do doente em função da sua capacidade cognitiva, baseando-se no respeito pelos direitos dos doentes e de acordo com os princípios estabelecidos na Circular Normativa N°. 14/DGCG de 13 de Julho de 2004, sobre Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), (2004, p. 5):

Assegurar a vida e encarar a morte como um processo natural; enfrentar a doença e minorar sofrimento, procura do bem-estar do doente até ao fim; reconhecer e aceitar em cada doente os seus próprios valores e prioridades; considerar que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal; assentar na concepção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica; abordar de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente; basear-se no acompanhamento, na humanidade, na disponibilidade e no rigor científico; respeitar as decisões do doente e a família; basear-se na diferenciação e na interdisciplinaridade.

Qualquer medida terapêutica deve entender-se sem intenção curativa, mas com o objetivo de reduzir as influências negativas da doença sobre o bem-estar global da pessoa em fim de vida, seja qual for a doença ou a fase da sua evolução, nomeadamente em situações de doença irreversível ou crónica progressiva. Outros aspetos a ter em consideração em cuidados paliativos são os procedimentos de diagnóstico e terapêutica, desadequados e inúteis face à evolução clínica e irreversível da doença, uma vez que

podem causar sofrimento acrescido ao doente e à sua família, tal como defendem Marques e Neto, (2003, p. 7) “os cuidados paliativos são cuidados activos, rigorosos, cientificamente fundamentados, (...) com base nas necessidades e não nos diagnósticos, (...) têm como finalidade o alívio do sofrimento (...)”

Os cuidados paliativos têm como objetivo prevenir e aliviar o sofrimento, contribuindo para uma possível melhor qualidade de vida dos doentes e suas famílias, independentemente da fase da doença em que se encontrem, respeitando a pessoa humana e a sua dignidade.

Nesta tipologia de cuidados, o controlo sintomático, a comunicação adequada, o trabalho em equipa e o apoio à família são os pilares de intervenção, Twycross (2001), Neto (2006) e UMCCI/PNCP (2010). Todas estas áreas devem ser entendidas com igual importância, pois completam-se umas às outras.

Controlo sintomático

O descontrolo de sintomas é uma das principais queixas do doente em cuidados paliativos, sendo assim, o seu controlo é o alicerce de todos os princípios destes cuidados.

A manifestação do sintoma pode variar de acordo com fatores psicológicos, crenças e mitos individuais, fatores culturais e étnicos, Mazzocato (2001 como citado em Bernardo, 2005). Logo, cada sintoma deverá ser entendido como a própria doença, em que se pretende *curar* o próprio sintoma, com um plano de intervenção devidamente elaborado e que, segundo Neto (2006), deve obedecer aos seguintes princípios:

- Avaliar antes de tratar;
- Explicar as causas dos sintomas;
- Não esperar que o doente se queixe;
- Adotar uma estratégia terapêutica mista;
- Monitorizar os sintomas;
- Reavaliar regularmente as medidas terapêuticas;
- Cuidar dos detalhes.

A abordagem em cuidados paliativos envolve uma série de procedimentos, desde a elaboração do plano de cuidados até à avaliação. A avaliação dos sintomas é primordial em qualquer intervenção em cuidados paliativos. Uma intervenção dirigida ao controlo de sintomas implica corrigir as causas específicas e elaborar um plano de atuação que possa complementar o controlo sintomático.

O inadequado controlo dos sintomas no decurso da doença, além de produzir sofrimento, poderá também ter um efeito adverso na progressão da mesma. Para Twycross (2001, p. 16), “os cuidados paliativos, todavia, estendem-se muito para além do alívio de sintomas. (...) concentram-se no doente e não na doença.”

No fim da vida, o alívio do sofrimento assume uma maior importância já que a sua preservação se vai tornando impossível. Daí que a prevenção e antecipação das crises seja fundamental, pois muitos problemas podem ser prevenidos ou até antecipados.

Podemos inferir que o controlo inadequado dos sintomas, ao longo da trajetória da doença, para além de produzir sofrimento, poderá ter um efeito adverso na progressão da doença, por isso é necessário avaliar qual a causa, qual o mecanismo patológico subjacente, que terapêuticas já foram instituídas e também qual o impacto destas no sintoma e na qualidade de vida do doente.

Neste contexto, os doentes com doenças crónicas avançadas e progressivas, para quem não há esperança de cura, necessitam de cuidados paliativos onde o controlo de sintomas, tal como refere Gonçalves (2002), deve passar pela modificação ou remoção das causas. No entanto, essas causas são muitas vezes múltiplas e irreversíveis, tornando esta estratégia ineficaz e obrigando a uma ação dirigida exclusivamente ao controlo sintomático. Outro aspeto relevante e de extrema importância no controlo de sintomas é que qualquer decisão que seja tomada deve ser consequência de uma reflexão interdisciplinar sempre centrada no doente/família.

O princípio da reavaliação e supervisão dos sintomas é também fundamental nestes doentes. Como refere Neto (2006), os sintomas devem ser avaliados e registados periodicamente, de forma a ser possível avaliar o impacto das medidas terapêuticas no conforto do doente. Assim, o controlo sintomático tem princípios bem definidos e representa não só uma estratégia de intervenção no sofrimento, como também no curso da doença. Eles são complexos e multidimensionais necessitando de uma avaliação rigorosa e objetiva. Para tal existem escalas de autoavaliação de sintomas, ou escalas de heteroavaliação, no caso de doentes não colaborantes, (Neto, 2006). Realça-se que a avaliação e monitorização dos sintomas são fundamentais em cuidados paliativos, recorrendo-se à utilização de instrumentos de registo rigorosos, já validados e largamente difundidos, com é exemplo a Edmonton Symptom Assessment Schedule (ESAS).

Atender aos detalhes é importante em todas as fases do controlo de sintomas: na avaliação, no planeamento, na prescrição terapêutica e na monitorização dos efeitos do

tratamento. Neto (2004) defende que negligenciar o controlo sintomático inviabiliza que o doente possa encontrar sentido e qualidade na vida que tem ainda para viver, e as questões em torno do sofrimento e do sentido da vida são centrais na prática dos cuidados paliativos, evitando a futilidade diagnóstica e terapêutica.

Comunicação adequada

A comunicação é um instrumento imprescindível nas relações interpessoais, uma comunicação não eficiente pode prejudicar a eficácia dos cuidados e comprometer o trabalho de uma equipa. É também um dos pilares desta filosofia de cuidados e funciona como estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas associados à doença avançada e terminal, (Querido, Salazar & Neto, 2006).

Comunicar está na natureza da pessoa e na natureza dos cuidados de enfermagem, que se baseiam num processo de relações interpessoais de forma a preservar a autonomia do doente. Afirma Collière (1989, p. 293) que “o processo de cuidados de enfermagem procede de um encontro entre duas (ou mais) pessoas, detendo, cada uma, elementos de um processo de cuidados.” Preservar a autonomia exige o respeito por uma comunicação efetiva. Não existe um modelo de comunicação pré estabelecido, a não ser o princípio de que cada membro da equipa de cuidados paliativos, onde se incluem o doente e família, é ser único e igual a si mesmo, com uma carga social, cultural, espiritual e as suas experiências pessoais, (Querido *et al.*, 2006).

Deste modo, uma comunicação adequada reduz o isolamento do doente e diminui a incerteza e os medos, aumenta a sua capacidade de adaptação e favorece a realização de objetivos conjuntos em relação à terapia e cuidados. Phaneuf (2005, p.17) salienta que a comunicação “constitui a principal ferramenta terapêutica (...) uma vez que (...) permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a concepção do mundo que entrava ou ao contrário, motiva os seus esforços.”

A comunicação em cuidados paliativos tem como propósito “reduzir a incerteza; melhorar os relacionamentos e indicar ao paciente e família uma direcção”, (Twycross, 2001, p. 37). A sua eficácia obtém-se com formação e treino adequados a todos os elementos da equipa.

Na relação terapêutica, a comunicação funciona como um processo complexo de partilha de informação, emoções e atitudes, fundamental na realização de um diagnóstico e seleção terapêutica adequada. Para Querido *et al.* (2006) comunicar eficazmente em

cuidados paliativos é, ao mesmo tempo, importante e difícil, pois a pessoa em fim de vida atravessa um período muito crítico e um dos objetivos destes cuidados é proporcionar qualidade e dignidade à vida, tendo por isso a comunicação um papel fundamental. Kovács (2006) por sua vez defende que podem ocorrer, com grande frequência, distúrbios da comunicação, conhecidos como conspiração do silêncio, que se caracteriza pela exclusão de expressões, informações, sentimentos e emoções por parte dos cuidadores do doente em fase terminal.

A comunicação de más notícias gera sentimentos intensos e dolorosos. Embora seja uma tarefa inevitável, dar más notícias a um doente ou aos seus familiares é uma atividade difícil e especial do trabalho dos profissionais de saúde, especialmente nesta área. Mas é também, um processo de escuta ativa e por isso quando a utilizamos estamos a transmitir confiança, a dar importância às palavras do doente/família, ouvindo-o e encorajando-o a conversar e, acima de tudo, a não utilizar juízos de valor, ficando este mais à vontade para explicar como se sente.

A comunicação eficaz, harmoniosa e centrada nas necessidades do doente ajuda no controlo de sintomas físicos, psicológicos, sociais, espirituais e emocionais.

Os problemas de comunicação em cuidados paliativos ocorrem ao nível do doente e família, relacionados, essencialmente, com a transmissão de más notícias, onde se podem incluir o diagnóstico e prognóstico e, ao nível da equipa, surgem os conflitos ou tensões mal/não geridos, facilitados pela ausência de comunicação e ou comunicação desadequada.

No processo de comunicação, após a transmissão da informação inicia-se um processo de validação dessa informação, que consiste na avaliação da eficácia e eficiência da receção e assimilação da informação fornecida. Com o *feedback* conseguimos saber o que foi recebido e entendido pelo doente, permitindo assim avaliar a eficácia da nossa comunicação, (Querido *et al.*, 2006). Também Fachada (1998) refere que num processo de comunicação é indispensável observar a reação daqueles a quem estamos a dirigir a informação, o feedback ajuda-nos a dirigir os processos comunicacionais.

Há ainda outro aspeto fundamental na comunicação adequada em cuidados paliativos e que tem a ver com a comunicação não verbal. Na opinião de Querido *et al.* (2006, p. 366) ela é crucial na interação em cuidados paliativos, pois quer “na abertura de um encontro/consulta, com o estabelecimento das primeiras impressões”, quer “nos momentos em que há que responder às emoções do doente, como acontece após a transmissão de más notícias.”

Neste contexto, torna-se imprescindível reconhecer que fornecer a verdadeira informação ao doente e sua família, permite-lhes adquirirem um papel ativo no seu projeto de saúde, o que lhes confere um maior controlo sobre a situação que estão a viver, pois como afirma Pereira (2004, p.34) “o fornecimento de informação reduz a incerteza e constitui uma ajuda fundamental para os doentes e a família aceitarem a doença, lidarem com a situação, participarem nas tomadas de decisão e envolverem-se no processo de tratar/cuidar.” No entanto, apesar do doente e família terem pleno direito à verdade sobre todo o seu processo de doença, há que ter em consideração que a informação deve ser dada de forma progressiva e clara, dirigida de acordo com as necessidades e vontades expressas da pessoa em final de vida, para que possua informação e possa decidir sobre o seu processo de doença, Pereira (2004).

Não há dúvida que a informação é fundamental para ajudar as pessoas a enfrentarem e lidarem com os seus processos de doença. Para Bernardo (2005: 57), “a honestidade na transmissão do diagnóstico induz a uma procura partilhada de resolução de problemas, permitindo que o doente entenda que o médico não conseguirá impedir a morte, mas tudo fará para reduzir o sofrimento, acompanhando-o, assim como à família até ao “fim”.” Também Kovács (2006, p. 95), reforça a mesma ideia, quando afirma que:

As pessoas doentes sabem, ou intuem, o que está acontecendo (...), mesmo que não sejam informadas directamente (...) chega um momento em que seu corpo e todo o seu ser já não conseguirão mentir. Seria uma pena que o final da vida se tornasse o fim de uma enorme mentira.

Por isso, uma comunicação eficaz será então aquela que auxilia o doente e família a adaptarem-se à uma nova situação, fundamentada na verdade e que permita ao doente continuar a ser um elemento ativo na construção do seu trajeto de vida, sem que se lhe retire a esperança no seu futuro.

Na opinião de Twycross (2001), uma comunicação adequada permite ligar os três componentes essenciais dos cuidados paliativos – o alívio de sintomas, o apoio psicossocial e o trabalho de equipa.

Trabalho em equipa

Os cuidados paliativos surgem como os cuidados que transpõem o controlo de sintomas e colocam o doente no centro das decisões. Estes cuidados pressupõem um grupo

profissional de diferentes categorias, que trabalham em conjunto e em rede, cujo principal objetivo é o de CUIDAR do doente terminal. Esta equipa multidisciplinar funciona em interdisciplinaridade, garantindo suporte emocional, espiritual e social ao doente e família, necessitando para tal de formação específica.

De acordo com os princípios filosóficos que regulam os cuidados aos doentes em fim de vida, pretende-se transmitir ao doente terminal conforto e respeito pela dignidade da pessoa humana, valorizando o respeito pela pessoa doente e atribuindo-lhe a capacidade de decisão e controlo da situação.

Os critérios de qualidade preconizados pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) (2006) referem que a avaliação das necessidades além de obrigatória tem que ser registada no processo do doente, tal como o seu grau de dependência. A avaliação das necessidades do doente/família deverá ser realizada pela equipa multidisciplinar, em conjunto com o doente/família e traçado um plano de cuidados, onde constem objetivos terapêuticos bem definidos. Outro aspeto fundamental, descrito nesses critérios, é a avaliação, reavaliação e o consequente registo da intensidade dos sintomas prevaletentes, bem como a existência de um plano fármaco terapêutico, na posse de cada doente e família.

A equipa multidisciplinar deve proporcionar também todo o tipo de ajudas e regalias, como por exemplo produtos de apoio, necessárias aos doentes em fase terminal, mantendo, é claro, os princípios ético deontológicos, as crenças, a religião, a promoção e o respeito pela autonomia do doente/família.

Os cuidados paliativos são prestados por uma equipa multidisciplinar, cujas práticas e a tomada de decisão são baseadas na ética clínica, UMCCI/PNCP (2010).

A interdisciplinaridade representa uma das características fundamentais nesta dinâmica de cuidados, onde também se integram o doente e a sua família. Ainda no mesmo documento (2010), defende-se que os cuidados paliativos são uma resposta organizada em função da necessidade de cuidar e apoiar ativamente os doentes com prognóstico de vida limitado e suas famílias, prestados por equipas e unidades (hospitales e na comunidade) com formação específica em cuidados paliativos. Hesbeen (2003) vai mais longe referindo que também os mais próximos do doente se inserem no grupo de *atores não profissionais* da equipa e são eles próprios abrangidos pelo processo de cuidados.

Para Twycross (2001) estes cuidados são praticados por uma equipa multidisciplinar, devem, por isso, ser considerados como um elemento fundamental dos

cuidados de saúde, que requerem apoio qualificado e uma resposta organizada, de forma a cuidar e apoiar ativamente os doentes na fase final da vida, indo muito para além do alívio de sintomas. E para Marques e Neto, (2003, p. 7) “as necessidades do doente e família determinam a multi e interdisciplinaridade, (...) pelo que o trabalho em equipa é o pilar fundamental na prática dos cuidados paliativos”. Bernardo (2006, p. 464) por sua vez, defende que “os cuidados paliativos requerem uma abordagem transdisciplinar, isto é, os elementos da equipa usam uma concepção comum, desenham juntos a teoria e a abordagem dos problemas que consideram de todos.”

Quando falamos em trabalho em equipa, não devemos descurar o papel de todos os intervenientes, pois está descrito que os cuidados paliativos são melhor orientados quando utilizados por um grupo que desenvolva o trabalho em equipa, incluindo os profissionais de saúde, os voluntários, a família e o doente, “família continua a ser um dos recursos primordiais que a equipa de saúde tem e deve utilizar para melhor atendimento do doente paliativo”, (Cerqueira, 2005, p.58).

A complexidade das situações clínicas, a prática terapêutica e a gestão de um grande sofrimento obrigam, naturalmente, a uma preparação sólida e diferenciada dos profissionais que intervêm nestas equipas, pelo que sem recurso à formação pré e pós-graduada dos profissionais, não será possível promover os cuidados paliativos com a qualidade que os doentes que sofrem merecem.

Os profissionais de saúde são formados, ainda, para cuidarem do doente no sentido da *cura*, admitindo que as doenças graves e incuráveis sejam, para muitos de nós, um desafio com sentimentos do tipo “nada mais há a fazer”, frase essa que também, é transmitida aos doentes terminais e principalmente aos seus familiares, daí a formação em cuidados paliativos ser dirigida a todos os intervenientes da equipa multidisciplinar. É um aspeto essencial e imprescindível para a organização e qualidade de cuidados, promotora da dignidade humana e do bem-estar. Para Twycross (2001) a formação é um aspeto importante nesta área de cuidar, pois é através dela que aprendemos a cuidar melhor dos doentes paliativos.

Noutra perspetiva, a partir do momento que o doente e família integram uma equipa de cuidados paliativos, devem ser analisadas e identificadas as necessidades de informação e formação, tendo em vista a promoção do auto e hetero cuidado, adaptação emocional e prevenção do luto patológico. Este aspeto é muito pertinente, se considerarmos que em cuidados paliativos também é necessária educação para a saúde e

reafirma-se, mais uma vez, que o doente e família são uma unidade indissociável em cuidados paliativos, pois a qualidade dos cuidados paliativos pode depender de uma correta avaliação das necessidades dos doentes e das suas famílias.

Apoio à família

A família desempenha um papel fundamental no desenvolvimento e socialização dos seus membros. Independentemente da sua estrutura, a família é o lugar onde cada um dos seus elementos procura encontrar o seu equilíbrio, (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2006).

Atendendo a que a implementação deste tipo de cuidados se faz no decurso da doença, é de primordial importância o envolvimento da família, para que esta e o doente sejam o centro das decisões e parceiros da equipa multidisciplinar. Para Cerqueira (2005, p.45) “a filosofia dos Cuidados Paliativos coloca o doente e os que lhe são próximos no centro dos cuidados, introduziu a noção de acompanhamento como específico da relação entre doente /família/cuidadores”. Também Twycross (2001, p. 50) refere que “o apoio à família é parte integrante dos Cuidados Paliativos.”

Em cuidados paliativos, e no início dum processo de cuidados, deverá ser identificado o cuidador, ou seja, o prestador de cuidados informal e este deve ter o papel de interlocutor com a restante família. Entre a família/doente e equipa multidisciplinar deve existir uma comunicação eficaz, criando-se espaços para expressão de emoções, dúvidas e inquietações existentes.

As necessidades do doente/família devem ser avaliadas na admissão do doente na unidade/equipa de cuidados paliativos e periodicamente, de forma a estabelecer um plano terapêutico individualizado e perfeitamente atualizado, de acordo com as necessidades reais do doente/família.

Um dos objetivos destes cuidados é assegurar a melhor qualidade de vida possível aos doentes e sua família. A família deve ser ativamente envolvida nos cuidados a prestar aos doentes e também ser ela objeto desses mesmos cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto, UMCCI/PNCP (2010). A qualidade destes cuidados pode depender de uma correta avaliação das necessidades dos doentes/família.

Ainda no UMCCI/PNCP (2010, p.10) está explícito que “a família deve ser activamente incorporada nos cuidados prestados e, por sua vez, ser, ela própria, objecto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto. Para que os familiares possam, de

forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos.” Acolher e apoiar a família na morte e no luto, de forma a dar resposta às necessidades globais do doente com doença crónica e à família, são também objetivos dos cuidados paliativos.

Para que as famílias possam, de forma equilibrada e construtiva, entender e auxiliar no processo de cuidar, necessitam de receber apoio, informação e ensino da equipa multidisciplinar de cuidados paliativos, “ (...) o doente e a família são uma unidade indissociável em cuidados paliativos”, (APCP, 2006, p.5).

Outro aspeto relevante, na prática dos cuidados paliativos e que está estreitamente relacionado com o apoio à família, é a conferência familiar, que para Neto (2003, p.70) “corresponde a uma forma estruturada de intervenção na família, que deve sempre respeitar os objectivos já anteriormente apresentados”. Esta permite ao doente e família, assim como à restante equipa, traçarem um plano de cuidados, hierarquizando necessidades, analisando as potenciais opções de solução de problemas, sumariando consensos, decisões e planos, (Guarda *et al.*, 2006).

Cuidar de um doente em fase terminal representa, para além de um desafio, uma sobrecarga familiar, que é acompanhado de um grande impacto emocional. O apoio e a participação da família coloca-se, quer os cuidados sejam prestados em internamento, quer no domicílio, embora com maior ênfase neste último caso. Mas, no caso de o doente estar internado, a presença da família, a possibilidade de estes participarem nos cuidados e a sua permanência no serviço, sem restrições de horário de visitas, caso não haja contra indicações, atenua o sentimento de *derrota*, (Twycross, 2001).

1.1. Evolução histórica dos Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos já existiam na Civilização Grega, (Sec. IV a.C.), numa determinada atividade social – xenodochium, que significava hospitalidade. Esse termo é traduzido mais tarde, no Império Romano para Hospitium, onde além do significado atribuído pela Civilização Grega, também lhe é atribuído o significado de hospedagem, (Cerqueira, 2005).

O termo Hospice aparece durante a Idade Média, utilizado para descrever os abrigos, que tinham como objetivo acolher peregrinos, alimentá-los e prestar cuidados assistenciais. Em Espanha, no século XVI, é fundada uma ordem de hospitaleiras cuja

vocação era a de assistir os moribundos, tendo-se estendido mais tarde a França. Também na Alemanha, no ano de 1832, é fundada uma associação, que tinha como finalidade apoiar os pobres e prestar cuidados aos doentes, (Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (SFAP), 1999), prática esta que se estende a outros pontos do continente europeu. Estes abrigos passam assim a ter características de hospitais. Aparece igualmente o interesse pelo cuidado aos doentes cancerosos, cuidados esses voltados essencialmente para o cuidado espiritual e tentativa de controlo da dor.

A noção de paliativo é conhecida em medicina desde o século XVII e servia para designar toda e qualquer terapêutica que atuasse sobre o sintoma e não sobre a causa, (SFAP, 1999).

Embora a prática dos cuidados paliativos tenha aparecido há muitos séculos, é na década de 60, no Reino Unido, mais especificamente no ano de 1967, que Cicely Saunders, enfermeira, hoje reconhecida como fundadora do movimento dos cuidados paliativos, funda o St. Christopher's Hospice, originando o movimento dos *hospices* ingleses, (SFAP 1999).

Os cuidados paliativos neste tipo de unidades tinham por base a compaixão pelo sofrimento da pessoa em fim de vida, mas Cicely Saunders introduz uma filosofia de cuidados, onde o alívio do sofrimento e uma melhor adaptação à fase terminal da doença, vão permitir um morte mais digna, (Cerqueira, 2005).

Começam, então, a surgir unidades de cuidados paliativos, onde a abordagem do cuidar não era fragmentado. Este movimento facilitou a investigação da qualidade de vida dos doentes crónicos. Definem-se um conjunto de serviços de suporte, dirigidos ao doente e família, cujos objetivos enfatizavam os cuidados e não a cura.

O movimento moderno dos Cuidados Paliativos foi-se alargando ao Canadá, Estados Unidos e mais tarde à restante Europa e teve o mérito de chamar a atenção para o sofrimento dos doentes com doença incurável, para a falta de resposta dos serviços de saúde e a especificidade dos cuidados que teriam que ser dispensados a esta população, (SFAP, 1999).

O movimento internacional dos cuidados paliativos, nas últimas décadas, recomendou uma atitude de total empenho na valorização do sofrimento e da qualidade de vida, com o objetivo de cuidar de forma ativa e organizada, numa atitude multidisciplinar, que unifica, além da família do doente, profissionais de saúde com formação e treino diferenciados, parcerias com voluntários preparados e dedicados e a própria comunidade.

As políticas de saúde, em Portugal, nos últimos 25 anos têm evoluído relativamente à regulamentação, nomeadamente na definição de formas de apoio à prestação de cuidados continuados integrados, onde se incluem os cuidados paliativos, e modelos de intervenção, na prevenção da dependência, na promoção da autonomia e desenvolvimento do potencial de recuperação da pessoa. As primeiras iniciativas surgiram na década de noventa.

A legislação em vigor vai ao encontro do preconizado pelas organizações internacionais, que consideram que os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida dos doentes em sofrimento, e das suas famílias, através da prevenção e o alívio de sintomas, recorrendo à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Em 2004, foi publicado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, no qual estão plasmados os vários níveis de intervenção, as equipas interdisciplinares, bem como previsão de abertura de unidades de Cuidados Paliativos. Em 2006, foi publicado o decreto-lei n.º101/2006 que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, da responsabilidade dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social no qual estão descritos os pressupostos teóricos para a prestação de cuidados de saúde às pessoas com doenças crónicas incapacitantes e também com doenças incuráveis em fase avançada e em final da vida.

Estas recomendações reforçam a ideia de que estes cuidados são urgentes, desde que executados em espaços próprios ou por equipas preparadas e não meras ações de paliar (*alívio do sofrimento do doente*), realizadas por iniciativas individuais, como é a realidade atual da maioria dos serviços de internamentos dos nossos hospitais de agudos.

Essa legislação veio afirmar o direito à prestação dos Cuidados Paliativos, institucionalizando serviços destinados a prestar cuidados ativos e organizados às pessoas com doenças irreversíveis, com sofrimento intenso e na fase final das suas vidas.

Sabe-se que, em Portugal, as principais causas de mortalidade são as doenças cerebrovasculares e o cancro e que hoje se morre mais no hospital, "lugares impessoais e assépticos, dotados de tecnologia complexa que permite a existência biológica dos moribundos", Roy (n.d. como citado em Hennezel, 2003, p. 33), do que em casa, fruto do ritmo de vida das famílias.

No contexto atual do nosso país, existem algumas unidades de cuidados paliativos devidamente organizadas, mas na realidade do nosso distrito ela é inexistente.

A organização e funcionamento dos nossos serviços de saúde não estão, na maior parte dos casos, ajustados às reais necessidades da população, no que se refere à promoção e manutenção da qualidade de vida das pessoas em fim de vida e suas famílias. Para responder aos episódios agudos de doença, o atual modelo de prestação de cuidados de saúde ainda se encontra num registo, que se pode considerar desadequado, face fundamentalmente às necessidades de saúde de uma população em envelhecimento.

A recente Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados inclui os cuidados paliativos, de acompanhamento e apoio no fim de vida, resposta organizada no nosso País para fazer face às necessidades das pessoas com dependência funcional, dos doentes com patologia crónica múltipla e das pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. Neste âmbito pode considerar-se que a longo prazo irá operacionalizar-se uma grande viragem no modelo de prestação de cuidados de saúde, quer ao nível do internamento, quer ao nível do domicílio, em todo o país. Este poderá ser o caminho que falta percorrer para descentralizar unidades de cuidados paliativos, tão necessárias a nível regional e local.

Em 2010, foi aprovado o PNCP, elaborado por um grupo de trabalho, nomeado pelo Ministério da Saúde para o efeito, no âmbito da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados. Esse documento foi submetido a parecer de peritos da OMS e a um conjunto de profissionais de saúde. Ainda, de acordo com o UMCCI/PNCP (2010), estes cuidados constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente os doentes na fase final da vida, numa abordagem holística e multiprofissional, para lidar com os diferentes problemas que o doente e a família enfrentam.

Nos últimos anos assiste-se a um crescimento das respostas em cuidados paliativos, como refere Querido (2005, p. 70) “em resposta, tanto ao crescimento da população com doença crónica, debilitante e avançada, mas também ao interesse dos profissionais na abordagem efectiva dos cuidados às pessoas nestas condições.” As orientações nacionais estão de acordo com o preconizado pela OMS (n.d. como citado em UMCCI/PNCP, 2010) que considera os cuidados paliativos como “uma prioridade da política de saúde”. Por seu lado, o Conselho da Europa (n.d. como citado em UMCCI/PNCP, 2010), reconhece existirem graves deficiências e ameaças ao direito fundamental do ser humano a ser apoiado e assistido na fase final da vida, e recomenda, por isso, maior atenção para as condições de vida dos doentes que sofrem, nomeadamente para a prevenção da sua solidão e sofrimento. A Declaração da Coreia (2005 como citado em Neto, 2005) refere que é

determinante que todos os governos subsidiem e desenvolvam planos de ação para apoiar os cuidados paliativos.

No contexto de uma cultura dominante da sociedade, que considera a cura da doença como principal objetivo dos serviços de saúde, a incurabilidade e a realidade inevitável da morte são encarados como fracasso da medicina. Assistimos diariamente a uma abordagem da fase final da vida como uma prática estranha e perturbadora, com a qual é muito difícil lidar e raramente o hospital está preparado para tratar e cuidar do seu sofrimento. Por seu lado, nos cuidados de saúde primários essencialmente vocacionados para a promoção da saúde e prevenção da doença, também existem dificuldades em responder às exigências de cuidados destes doentes. O que se entende, pois neles predomina um carácter da cura ou a prevenção da doença, onde se torna difícil o tratamento e o acompanhamento global dos doentes com sofrimento na fase final da vida.

Será então necessário rompermos com a atual forma de estar em saúde, para podermos, através da formação, instituir a mudança necessária para cuidar do doente com necessidade de cuidados paliativos, quer ao nível dos hospitais, quer no seu domicílio, promovendo a qualidade de vida possível para o doente e família.

Fazendo novamente referência à recente criada Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados onde está implícita a prestação de cuidados paliativos, a prestação diferenciada destes, requer uma organização própria e uma abordagem específica, bem como equipas multidisciplinares preparadas para o efeito. “ Não se pode pretender ajudar alguém que sofre sem assumir, (...) o seu próprio sofrimento. É por isso que todo o técnico de saúde cuja vocação é tratar daqueles que sofrem deve assumir as suas próprias feridas”, Salazar (2003, p.12).

É, portanto, de primordial importância colmatar as carências, procurando respostas essencialmente direcionadas para cuidar e confortar o doente crónico, vocacionadas para o tratamento da dor global, pois os cuidados paliativos são cuidados ativos e totais prestados ao doente e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, quando a doença já não responde ao tratamento curativo e a sua expectativa de vida é relativamente curta, (Twycross, 2001).

1.2. Doente Paliativo Não Oncológico – Conceito

Os conceitos de doente terminal e paliativo ainda provocam alguma confusão entre os profissionais de saúde. Neto (2006) assume que um doente terminal é aquele que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, e que, em média apresenta uma sobrevida esperada de 3-6 meses e causa grande impacto no doente, família e equipa.

A abrangência dos cuidados paliativos ultrapassa a fase da doença terminal. Neste contexto é difícil definir doença terminal. Mas ainda mais difícil se torna quando se trata de doentes crónicos, em que a sua situação crónica circunscreve o carácter terminal do processo de doença. Este constrangimento não justifica a não inclusão dos doentes não oncológicos em cuidados paliativos.

Da literatura consultada, os cuidados paliativos são frequentemente dirigidos a doentes oncológicos, e sabemos pelas práticas, que muitos doentes com doença não oncológica poderiam beneficiar de tais cuidados. Apesar dos cuidados paliativos serem habitualmente dirigidos a doentes do foro oncológico, as práticas têm revelado que muitos doentes com doença crónica não oncológica podem beneficiar e usufruir destes cuidados, como referem Bruera e Pereira (1998 como citado em Bernardo, 2005).

O mais difícil é a identificação dos critérios de inclusão dessas patologias em cuidados paliativos, uma vez que as doenças crónicas numa fase já avançada evoluem com episódios frequentes de agudização, que levam a frequentes internamentos hospitalares e recurso aos serviços de urgência, conduzindo a situações de dependência funcional, que se tornam incuráveis, (Bernardo, 2005).

Pascual (2002 como citado em Bernardo, 2005, p. 16) defende que “a percentagem de doentes não oncológicos em fase terminal aproxima-se dos pacientes com cancro terminal exigindo, no entanto, critérios de definição mais explícitos.”

A mesma autora (2005) relata que das patologias não oncológicas mais frequentes, que podem evoluir para uma fase terminal, se evidenciam a demência senil já em fase avançada, as doenças degenerativas do sistema nervoso central e as doenças de um órgão, onde se incluem a DPOC, a insuficiência cardíaca, a hepatopatia crónica e a insuficiência renal, uma vez que evolução destas doenças é lenta e a fase terminal aparece, muitas vezes, em pessoas com mais de 65 anos de idade.

Atualmente os cuidados paliativos deverão então estar vocacionados para cuidar não só doentes oncológicos, mas também doentes com SIDA, doentes com insuficiência terminal de órgãos (coração, rins, fígado, pulmão), demências, sequelas de doença vascular

cerebral, esclerose lateral amiotrófica, doenças do neurónio motor, entre outras, (Neto, 2006).

Neste contexto, a identificação de critérios de inclusão destas patologias em cuidados paliativos torna-se numa decisão difícil, pois contraria a corrente do tratar/curar, para a qual, os médicos e outros técnicos foram formados.

As doenças crónicas não oncológicas mais frequentes podem evoluir para uma situação terminal. Estes doentes deveriam ser integrados em cuidados paliativos, beneficiando assim da coordenação e da continuidade de cuidados, mas são cuidados em hospitais de agudos, onde por vezes apenas beneficiam de ações paliativas, intrínsecas ao cuidar. Cerqueira (2005, p. 25) defende que as doenças mais frequentes com “ o recurso aos cuidados paliativos foram, inicialmente, o cancro, seguindo-se a SIDA. Mas a tendência vai no sentido de abranger outras doenças crónicas, como as doenças neurológicas e todas aquelas que evoluem para a falência irreversível dos órgãos.” Ainda Bernardo (2005) menciona o caso particular de Espanha, em que 75% dos doentes com integrados em cuidados paliativos sofrem de cancro e que a restante percentagem desses cuidados se dividem por doentes com doenças não oncológicas.

A intervenção em cuidados paliativos abrange o apoio às doenças crónicas não oncológicas, em fase avançada, onde se incluem doentes com grandes incapacidades. Por isso é importante conhecer o prognóstico, a gravidade da doença e a informação sobre a tomada de decisão. Esta informação depende, do tipo de doença, da fase em que se encontra, do grau de disfuncionalidade, da frequência dos episódios de agudização e sempre da opinião do doente e da família.

A identificação precoce das necessidades destes doentes diminui o recurso aos serviços de urgências, evita os frequentes internamentos hospitalares e a obstinação terapêutica, contribuindo substancialmente para a redução de gastos na saúde e melhoria da qualidade de vida do doente e da família. E tal como defende Barbosa (2006, p.31) “no contexto de cuidados a doentes crónicos (...) a classificação por diagnósticos não reflecte habitualmente o objectivo desses mesmos cuidados: não a cura, mas sim uma mudança no estado funcional e/ou uma melhoria da qualidade de vida.”

Parece poder afirmar-se que identificar necessidades efetivas do doente paliativo não oncológico contribui para a melhoria da qualidade de vida.

2. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO DOENTE PALIATIVO NÃO ONCOLÓGICO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

As representações sociais não são imutáveis, antes pelo contrário, vão evoluindo conforme as vivências que a pessoa vai tendo na sua prática clínica diária.

Estas influências que vão dando corpo às representações sociais constituem-se como um guia orientador para a ação. Parece poder dizer que há exigências da sociedade contemporânea que conduzem a determinadas atitudes e comportamentos que por sua vez vão repercutir-se no outro.

A forma como se olha o outro influencia o comportamento, que por sua vez se repercute nas atitudes sociais e de alguma forma compromete as relações que se estabelecem. Deste modo, as pessoas “não se limitam a receber e a processar informação, são também construtores de significados e teorizam a realidade social”, (Vala, 2006, p. 457).

Os processos de referência que utilizamos para interpretar as atitudes e comportamentos das pessoas, o seu papel na orientação de condutas e das práticas sociais, bem como para interpretar os acontecimentos da sociedade contemporânea, constituem-se elementos essenciais para a análise dos mecanismos que interferem na eficácia do processo educativo.

O carácter simbólico da atividade representativa das pessoas que partilham uma mesma condição ou experiência social manifesta-se na natureza dos comportamentos, na comunicação estabelecida e na diferenciação dos grupos sociais.

Deste modo as representações sociais acerca da doença crónica e mais particularmente sobre o doente paliativo não oncológico foram sofrendo alterações ao longo dos tempos de acordo com as épocas, culturas e sociedades, construindo-se frequentemente mitos e estereótipos acerca dos mesmos.

A doença crónica tem-se tornado uma das principais preocupações dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros e consequentemente tem vindo a influenciar as suas práticas. Neves (2010) vem defendendo que é importante recorrer ao modelo das representações sociais para aprofundar as diversas problemáticas que a prática quotidiana exige. Salientam-se vários estudos científicos que destacam as representações sociais como a forma das pessoas captarem e apreenderem o mundo envolvente e o esforço que

empreendem na resolução dos problemas relacionais, emocionais e existenciais, entre outros.

As representações sociais enquanto teorias têm processos subjacentes como a objetividade, que permite perceber como as palavras e os conceitos se transformam por vezes em objetos e em realidades exteriores às pessoas. A ancoragem significa a transformação do não familiar em familiar, (Vala, 2006).

Neste contexto levanta-se uma questão: no decurso de uma doença paliativa não oncológica, o sofrimento, o descontrolo de sintomas e a perda de autonomia, podem ser operacionalizadas cientificamente se advêm de experiências subjetivas e específicas?

A subjetividade das pessoas e dos grupos face a um mesmo objeto social ganha sentido, explicada pela teoria das representações sociais, de Moscovici (1978). Focando-nos nas representações sociais como um produto das interações e de fenómenos comunicacionais, o conceito de doente paliativo não oncológico ganha sentido nesta encruzilhada de relações. Neste contexto, segundo Neto (2004, p. 42) ouve-se muitas vezes os doentes:

quando internados em grandes hospitais ou até quando acamados nas suas casas, que estão a ser menos visitados ou o são a partir da porta e dos pés da cama, e que são até menos tocados. (...). Nestes casos, a maior fonte de sofrimento parece decorrer habitualmente do abandono e da solidão, mais até do que da própria doença.

Porém as condutas humanas são intencionais e inspiradas conscientemente ou não, por um conjunto de representações mentais, pelo que as representações sociais de saúde e doença são muito importantes para compreender uma população e os seus comportamentos dentro de uma sociedade, (Sevalho, 1993).

Esta inquietação provoca um novo olhar sobre os cuidados de enfermagem, particularmente nos de reabilitação, que devem ir de encontro às verdadeiras necessidades dos doentes paliativos não oncológicos, das equipas e das unidades de saúde, de modo a que se possam desenvolver estratégias e mobilizar recursos no sentido de proporcionar um fim de vida digno.

3. CONCEÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A palavra reabilitação é o termo adotado em Portugal, traduzida do Inglês *rehabilitation*. Piersol (1956 como citado em Hesbeen, 2003, p. 51) defendeu que “a reabilitação não é uma especialidade restritiva e isolada”. E, que a especificidade desta ciência atribui mais importância ao doente que à doença, como referido por Grossiord (1981 como citado em Hesbeen, 2003).

A reabilitação teve um grande impulso e desenvolvimento em alguns países após a II Grande Guerra, enquanto que nos Estados Unidos da América era reconhecida como especialidade médica (Medicina Física e Reabilitação ou Fisiatria) no ano de 1947.

Em Portugal a reabilitação aparece em meados dos anos 50 e é a partir daí que surge a necessidade de investimento nesta área. Mas só, no ano de 1965, tem início o 1º Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, curso inovador no conceito de cuidar, pois dirigia o seu foco de atenção para todos os grupos etários, com intervenção na fase aguda e na continuidade de cuidados.

Ainda na década 60/70, o especialista em enfermagem de reabilitação, no nosso país, desenvolvia a sua atividade, intervindo nas capacidades técnicas, com o objetivo de prestar cuidados de tratamento na doença e prevenção de sequelas, (Gomes, 2008), numa época em que os cuidados tinham como objetivo a cura da doença, num modelo marcado pelo ato médico. No que se refere à especialidade de enfermagem de reabilitação e atendendo à situação do nosso país, nessa época, ela surge, também, para dar resposta às necessidades dos doentes vitimados pela guerra colonial, onde o objetivo era o de restaurar a função ou minimizar as sequelas.

A reabilitação é uma prática multidisciplinar que se baseia em conhecimentos cientificamente fundamentados e tem como finalidade assegurar à pessoa com deficiência e família, diferentes ações que permitam obter ganhos em saúde, (Hesbeen, 2003). Enquanto prestação de cuidados é entendida como um processo global, dinâmico e contínuo, dirigido à pessoa, durante o processo de doença, orientado para corrigir, conservar, melhorar ou recuperar as capacidades funcionais, ao nível físico e psicológico da pessoa, tendo em vista a sua reintegração social.

Além de intervir na situação presente, a reabilitação deve preparar o doente para potenciais situações que venham a surgir no futuro, não devendo limitar-se a aspetos clínicos, mas alargar os cuidados aos próximos do doente, (Hesbeen, 2003).

A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação tem como objetivo principal mobilizar todo o potencial da pessoa, para que esta possa executar as suas atividades de vida com a menor ajuda possível, e de forma a ser um elemento ativo no seu processo de cuidados, (Costa, 2011).

A missão da reabilitação, segundo Hesbeen (2003, p. 52) “ é uma prática multidisciplinar que se baseia, (...), em conhecimentos cientificamente fundamentados. Tem como finalidade assegurar à pessoa incapacitada ou deficiente, bem como aos seus próximos, diferentes acções que permitem suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem.”

Globalmente, a reabilitação implica um processo específico dirigido àquela pessoa, onde cada um aprende a ser responsável pelo seu processo de cuidados, planeando e adaptando o seu projeto de saúde e de vida, (Hesbeen, 2003).

O Enfermeiro Especialista de Reabilitação é um profissional com um conhecimento aprofundado num determinado domínio de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção, (Regulamento nº 125/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Das definições encontradas na bibliografia podemos dizer que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação intervém ao longo do ciclo da vida, numa abordagem individualizada, tendo em conta o binómio dependência – independência aos três níveis de prevenção. Além do papel de ajudar o doente e a sua família no processo de adaptação e estratégias de *coping*, também intervém na validação e negociação com o doente/família, de modo a que existam reformulações/adaptações positivas no projeto de vida e de saúde, promovendo ganhos em saúde.

A evolução das sociedades e o progresso da medicina altera a perspetiva das doenças dominantes. O aumento e prevalência das doenças crónicas, a diminuição da natalidade, o aumento da longevidade e consequente envelhecimento, são fatores condicionantes no predomínio de problemas de saúde crónicos e não passíveis de cura. Estas mudanças oferecem oportunidades aos enfermeiros de reabilitação para ativarem modelos e teorias, construir ou validarem instrumentos, para testar conceitos e princípios como guias para a educação, gestão e prática dos cuidados, (Hoeman, 2000).

É, neste contexto, que se situa o campo de ação destes profissionais, através de intervenções de promoção da autonomia das pessoas portadoras de doença crónica, com o

objetivo de obterem ganhos em saúde, mesmo quando estas vivam sem potencial de cura, como afirma a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011, p.2) “a necessidade de cuidados de Reabilitação nestas populações está em expansão e constitui um desafio para os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.”

A problemática da doença crónica não conduz para recuperação da função ao nível físico, mas sim para uma intervenção mais global. A enfermagem de reabilitação, face às alterações no campo da saúde, passou a ter uma maior intervenção em situações de doença crónica de longa duração, uma vez que os objetivos de intervenção estão para além da restauração física. Os profissionais de reabilitação fazem parte da equipa multidisciplinar e articulam-se em função do processo interdisciplinar de cuidados, (Hesbeen, 2003).

Para a OE (2011) o foco de atenção do enfermeiro de reabilitação é a pessoa com necessidades em diferentes contextos da prática, como por exemplo em equipas de cuidados paliativos, contribuindo assim para a diminuição do sofrimento.

Hesbeen (2003, p. 49) defende que:

A história da reabilitação mostra-nos que ela esteve sempre avançada – ou fora dela - para a sua época. Preocupa-se com o ser humano e é por ele que intervém, com rigor e profissionalismo, quando este vive o sofrimento, a exclusão, a indiferença, a pobreza ou até a crueldade.

Kottke, Stillwell e Lehmann (1986) referem que a reabilitação é reconhecida atualmente como parte integrante do tratamento das doenças crónicas.

Um dos desafios da reabilitação moderna reside na forma de agir, para que o fenómeno de cronicidade não se transforme numa verdadeira desvantagem para aqueles que sofrem e os que têm com eles uma relação muito próxima, (Hesbeen, 2003). Ainda o mesmo autor (2003, p. XI) refere que “a reabilitação, mais do que uma disciplina, é o testemunho de um espírito particular; o do interesse sentido pelo futuro da pessoa mesmo quando a cura ou a reparação do seu corpo – regresso à normalidade – deixam de ser possíveis.”

Nesse contexto, e ainda segundo a OE (2011) a enfermagem de reabilitação tem como missão, tem entre outras atividades, intervir na promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações.

1.3. A Mobilidade do Doente Paliativo Não Oncológico

As doenças crónicas incuráveis e progressivas apresentam episódios de agudização, conduzindo a quadros de grande dependência funcional.

Mobilidade, segundo a Ordem dos Enfermeiros e de acordo com a classificação internacional para a prática de enfermagem (2006, p. 93) é definida como a “capacidade com as características específicas: Movimento voluntário e psicomotor do corpo, inclui a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e o deslocamento.” Um dos focos da atenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação é a mobilidade comprometida, onde a intervenção destes profissionais se efetiva ao nível do fortalecimento muscular e de prevenção da deterioração.

Para Roper, Logan e Tierney (1995, p. 308):

A mobilidade é uma parte intrínseca da vida como é evidenciado pelos primeiros movimentos das mãos e pés do bebé. (...). A maior parte dos adultos toma decisões sobre mobilidade quando trabalha (...) as pessoas em processo de envelhecimento, (...) têm menos energia (...) isto vai afectar directamente a actividade de vida de mobilidade.

Algumas doenças crónicas podem causar deficiência e incapacidade, com consequências psicológicas ligadas à fragilidade, insegurança, perda de autonomia, de independência e sofrimento, tal com refere Salazar (2003, p. 9) “o sofrimento é global, querendo dizer que ele integra aspectos físicos, psicoafectivos e espirituais.”

Estas doenças estão sujeitas uma perda progressiva da autonomia pelo que exigem um apoio contínuo e um suporte familiar e profissional apropriado e capaz. Esta perda de autonomia pode causar grande sofrimento ao doente e família, pois as limitações físicas vão-se acentuando e traduzindo-se progressivamente em imobilidade.

Roper *et al.* (1995) referem que a perda da mobilidade se verifica nos doentes em fase terminal de uma doença e seus problemas aparecem porque na maior parte das vezes permanecem sentados ou mesmos acamados. Estas autoras (1995) alertam para alguns problemas que advêm da perda de mobilidade. As úlceras de pressão, o internamento hospitalar com as implicações na mudança de rotina de mobilidade e ainda a falta de

conhecimento específico sobre hábitos de vida diária são também fatores preponderantes para o síndrome de imobilidade.

As doenças neuromusculares provocam alterações diretas na perda da mobilidade, enquanto as doenças respiratórias, as cardiovasculares, entre outras apresentam sintomas, como dispneia e restrições ao exercício físico, para minimizar o esforço cardíaco, que influenciam a motricidade.

A perda do mecanismo reflexo postural e os movimentos automáticos que retêm o equilíbrio, numa fase mais avançada de algumas doenças crónicas, evidenciam défices motores que não serão corrigidos. Outra aspeto também importante é a alteração do tónus muscular, que pode progredir para flacidez ou espasticidade, condicionando também a mobilidade, mas o enfermeiro de reabilitação pode intervir no sentido de evitar outras complicações e de ensinar o doente e família a viver com a sua incapacidade.

O aumento do número de pessoas portadoras de alterações da mobilidade é para os enfermeiros de reabilitação um desafio no sentido de lhes promover maior qualidade de vida. Estes profissionais são um pilar imprescindível na identificação das alterações biopsicológicas, psicossociais e alterações do sistema familiar. Cabe a este, elemento integrante de uma equipa multidisciplinar, identificar os problemas que afetam a pessoa/família e ajudar a estabelecer objetivos a curto e médio prazo, participando na elaboração de um programa de reabilitação em doentes com necessidades de cuidados paliativos.

Face à literatura e ao referido anteriormente, o modelo teórico de atividade de vida de Roper *et al.* pode sustentar as práticas dos enfermeiros de reabilitação face à mobilidade do doente paliativo não oncológico.

Este modelo pretende identificar as características principais de um fenómeno complexo e indicar as relações entre os vários componentes do modelo: atividades de vida; etapas de vida; grau de dependência/independência; fatores que influenciam as atividades de vida e individualidade no viver.

Todas as atividades de vida (manutenção de um ambiente seguro, comunicação, respiração, alimentação, eliminação, higiene pessoal e vestuário, controlo de temperatura do corpo, trabalho e lazer, expressão da sexualidade, sono, morte) onde se inclui a mobilidade contribuem para o processo complexo de vida.

O conceito atividades de vida é utilizado num sentido abrangente, onde cada atividade tem várias dimensões. A Mobilidade, como descrevem Roper *et al.* (1995, p. 28):

parecer ser mais explícita do que «andar» para descrever a capacidade de movimento que é uma das essenciais e mais importantes actividades humanas. Os efeitos devastadores de qualquer limitação grave a longo prazo no movimento são testemunhos deste facto a todos os níveis: físico, psicológico, económico e social.

Hoeman (2000) defende que, no modelo de Roper *et al.*, quando a pessoa é incapaz de realizar as atividades independentemente necessita de ajuda. E conceptualiza diversas dimensões com várias atividades que se poderão relacionar com cada atividade de vida.

Roper *et al.* (1995, p. 28), definem ainda que:

a mobilidade inclui o movimento produzido por grupos de grandes músculos, que permitem que as pessoas estejam em posição ortostática, sentadas, andem e corram, assim como grupos de pequenos músculos que produzem movimentos tais como os envolvidos na destreza manual ou em expressões faciais, gestos manuais e maneirismos: todos estes fazem parte de uma comunicação não-verbal.

No que se refere ao relacionamento da mobilidade com outras atividades de vida Roper *et al.* (1995, p. 28) explicam que “ deve ser imediatamente evidente: o comportamento associado com as actividades respiratórias, alimentação, eliminação, trabalho e lazer (...), todos incluem movimento, pois, mesmo a dormir, os sistemas corporais continuam a sua actividade sem cessar.”

A maioria das pessoas em idade avançada sofre de uma diminuição gradual do nível de independência, com consequências na sua mobilidade. Como sabemos o aumento da esperança média de vida associada às doenças crónicas incuráveis é potenciador de maior dependência na mobilidade. Daí que esta componente de dependência esteja envolvida de fatores que influenciam a mobilidade.

Para Roper *et al.* (1995, p. 309) “um sistema músculo-esquelético a funcionar em pleno é essencial para a aquisição da capacidade relacionada com a mobilidade”, os fatores que influenciam a mobilidade, segundo estas tóricas (Roper *et al.*, 1995), são de ordem física, psicológica, sócio culturais, ambientais e político económicos.

Um internamento fomenta no doente sofrimento e de certa forma ansiedade, que pode aumentar num doente com mobilidade limitada e é, por isso, importante atuar de forma a contrariar a instalação do síndrome de imobilidade. Assim se a pessoa mantiver

preservada a sua cognição, a sua limitação física não poderá constituir um obstáculo para a realização das suas atividades de vida diária, nem para participar nas decisões relativas à sua vida, nem no seu processo de doença, desde que seja ajudado para contrariar tal alteração.

O aumento da prevalência das doenças crónicas provoca alterações na saúde das pessoas, afetando a sua mobilidade. Tal situação, face aos problemas que daí advêm provoca uma diminuição na capacidade para desempenhar as atividades de vida diária, tornando-os dependente dos cuidados de outros, (Sanchez, 2000).

A mobilidade tem de facto um papel importante nas atividades de vida diária e é necessário tomarem-se medidas para que os doentes possam manter essa atividade. A autonomia é importante para a qualidade de vida e bem-estar da pessoa. A atividade de vida – mobilidade relaciona-se com as outras atividade de vida e também com os vários componentes do modelo de enfermagem, (Roper *et al.*, 1995).

1.4. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Mobilidade do Doente Paliativo Não Oncológico

A recorrência de doentes crónicos aos hospitais, habitualmente vocacionados para tratar episódios agudos da doença, alertou para a necessidade de novos modelos multidimensionais, onde o doente também é chamado a intervir.

Torna-se difícil definir com certeza a quem os cuidados paliativos se destinam, mas uma coisa é certa, estes cuidados serão aplicados a todos “os que sofrem e que não podem esperar”¹, porque se esgotaram as perspetivas de tratamento curativo, porque a sua doença tem uma rápida progressão e uma expectativa de vida limitada, porque sofrem no sentido global, porque apresentam problemas e necessidades de difícil resolução e obrigam a um apoio específico, organizado e interdisciplinar.

Para Twycross (2001, p. 17), “os cuidados paliativos incluem a reabilitação. Eles procuram auxiliar os pacientes a atingirem e manterem o seu mais elevado potencial, física, psicológica, social e espiritualmente, por muito limitados que estes se tenham tornado, em resultado da progressão da doença.” São estes os cuidados de futuro para colmatar necessidades de uma população em envelhecimento, crónico dependente e ou em final de vida. Os cuidados de manutenção da vida, segundo Collière (2003, p. 182), são

¹ Frase muito usada pelos profissionais da equipa dos Cuidados Continuados Integrados do Centro de Saúde de Odivelas, aquando de um estágio em Setembro/Outubro de 2002, no âmbito do Projeto de Cuidados Paliativos do Alto Minho.

“cuidados que sustentam e por isso mantêm as capacidades adquiridas para fazer face às necessidades da vida quotidiana” e “com o envelhecimento, ou quando surge a doença crónica, os cuidados predominantes passam a ser os cuidados de compensação e manutenção da vida”, (Collière 2003, p. 183).

Neste contexto, a intervenção da enfermagem de reabilitação tem contribuído para melhorar os cuidados e restaurar a dignidade da pessoa em de cuidados paliativos. O seu papel está diretamente ligado à promoção da mobilidade da pessoa com necessidade de cuidados paliativos.

A saúde e o bem-estar dependem da capacidade que cada um de nós tem para se mover. A mobilização segmentar do corpo humano, com movimentos coordenados e um bom alinhamento corporal permite desempenhar eficazmente todas as suas funções vitais. Se a pessoa não for capaz de se mobilizar, o tónus muscular, as amplitudes articulares e o modo como funcionam as articulações, a postura na marcha (alinhamento corporal e equilíbrio), assim como a coordenação neuromuscular, a mobilidade na cama e as atividades de vida diárias, a sua independência e autonomia estão colocadas em causa, situação que se evidencia nos doentes paliativos não oncológicos.

As alterações da mobilidade relacionada com a doença de base justifica as limitações dos movimentos físicos, associada à intolerância da atividade, ou seja, a incapacidade fisiológica e psicológica para suportar ou tolerar a atividade. Poirier-Mailloux (1995) refere que, durante o momento do banho ou enquanto se vestem, podem estes doentes executar exercícios ativos ou passivos, que muitas vezes são suficientes para dar resultados importantes, desde que orientados.

O enfermeiro de reabilitação ao promover a mobilidade do doente paliativo não oncológico seleciona intervenções preventivas, que têm como objetivo manter o máximo de independência da pessoa nas atividades de vida. Ao nível da prevenção secundária e terciária implementa cuidados dirigidos aos doentes paliativos não oncológicos, com alterações da mobilidade que se centram na prevenção dos efeitos adversos da imobilidade e ou potenciando ao máximo a mobilidade de acordo com os limites de cada doente.

Neste contexto, o enfermeiro de reabilitação deve elaborar um programa de intervenção, tendo em consideração as necessidades e capacidades da pessoa, explorando os seus hábitos e desenvolvendo atividades compatíveis com o seu estilo de vida. Na elaboração desse programa deve atender: à capacidade cárdiorrespiratória; às alterações fisiológicas do sistema músculoesquelético, aos benefícios da atividade física a nível desse

sistema e dos sistemas cardiovascular e respiratório; aos princípios de alinhamento corporal, equilíbrio, amplitude das articulações e tónus muscular.

Como já se referiu, os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida dos doentes com doenças incuráveis, prevenindo e aliviando o sofrimento e a reabilitação vai de encontro a esses objetivos, como evidenciamos no quadro seguinte:

Quadro 1 – Reabilitar em Cuidados Paliativos

CUIDADOS PALIATIVOS	CUIDADOS DE REABILITAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS
Controlo de sintomas	Controlo de sintomas Melhorar a capacidade para o autocuidado Restaurar e ou melhorar a mobilidade Melhorar o estado nutricional Relaxamento muscular
Comunicação adequada	O doente como ser ativo no seu tratamento Participação no processo de cuidados
Apoio à família	Envolver a família no processo de cuidados Possibilitar a integração social e participação no seio da família
Trabalho em equipa interdisciplinar	Trabalho em equipa interdisciplinar

Num doente com alteração da mobilidade, o papel do enfermeiro de reabilitação integrado numa equipa de cuidados, é maximizar a capacidade de mobilidade, de acordo como a patologia de base e fase da doença, atendendo ao doente como um todo. O plano terapêutico deve ser discutido com o doente e definidos objetivos realistas, não descurando os detalhes.

Montagnini, Lodhi, e Born (2003) recomendam um plano de tratamento individualizado com base no prognóstico do doente, o potencial de recuperação da função e nunca descurando a motivação do doente em participar no esquema terapêutico.

As intervenções de enfermagem de reabilitação no controlo de sintomas centram-se: na mobilização do doente; massagem terapêutica; relaxamento muscular; posicionamentos de conforto e consequente prevenção de úlceras de pressão.

Quando há inatividade muscular, a atrofia e consequente degeneração muscular, provocam uma diminuição da capacidade de movimentação. Os exercícios podem ser efetuados pelo doente (exercício ativos) ou pelo enfermeiro de reabilitação (exercícios passivos). A contração muscular envolvida aumenta e melhora a força muscular, melhora a

circulação, preserva o tônus muscular e ajuda a evitar contraturas. Nos ossos, a falta de ação muscular contribui para alterações degenerativas, (Roper *et al.*, 1995).

As mesmas autoras (1995) dizem que se as articulações forem deixadas numa só posição, por um período de tempo mais prolongado, podem tornar-se processos irreversíveis. Estes testemunhos vêm enfatizar a necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação e que o papel do enfermeiro especialista nesta área é fundamental.

O especialista em reabilitação recorre a exercícios de força e de resistência muscular, sempre que é necessário aumentar a força e prevenir a atrofia muscular. Os exercícios isométricos dos quadricípedes, dos abdominais e glúteos são fundamentais para a mobilidade vertical, mas com algumas precauções e sempre de acordo com as condições e necessidades do doente.

No caso de doentes *acamados* o enfermeiro de reabilitação pode instruir a execução de exercícios isotónicos simples ou realizar o exercício da ponte, por exemplo, durante os cuidados de higiene. O posicionamento adequado contribui para a prevenção de deformações ou complicações, quando se trate de doentes com a mobilidade reduzida. Nestas situações há que atender a princípios básicos, como o alinhamento corporal, evitar a flexão prolongada dos segmentos, alternando a posição do doente a cada duas horas, reduzir a pressão do corpo através de mudanças de posição e ou utilização de produtos de apoio.

Nos doentes paliativos não oncológicos com mobilidade limitada consequente a problemas articulares, devem ser recomendados exercícios de amplitude para a prevenção da dor, assim como os exercícios para a manutenção da flexibilidade das articulações e prevenção de contraturas. Se a capacidade cognitiva do doente em fim de vida não o permitir devem ensinar-se os exercícios ao familiar ou cuidador, de forma a ser possível dar continuidade ao processo de cuidados.

Nesta sequência de intervenções de enfermagem de reabilitação, justifica-se a marcha como um instrumento de excelência para mobilizar todas as articulações, possibilitando assim a participação dos doentes nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais da vida diária, pois vai manter e melhorar a resistência e as atividades vida, permitindo o envolvimento do doente e o estabelecimento de objetivos realistas.

No controlo de sintomas específicos, também consequência da alteração da mobilidade, como os respiratórios, a intervenção destes enfermeiros evidencia a

cinesiterapia respiratória, a drenagem postural, o ensino da respiração e tosse assistida e dirigida, entre outros, como fundamentais. Na prevenção da fadiga, os cuidados de enfermagem de reabilitação vão no sentido de proporcionar ao doente um equilíbrio entre o período de descanso e o de atividade. Relativamente à alteração da mobilidade no doente paliativo não oncológico, o défice de capacidade física é de tal forma severo, que fica limitado nas suas atividades de vida diária. Aqui, a intervenção do enfermeiro de reabilitação é essencial para o ajudar a ultrapassar atividades básicas como os autocuidados: tomar banho, vestir-se ou despir-se, alimentar-se, uso de sanitário ou transferir-se.

Nos autocuidados, a prática do cuidar mantém o doente ligado à sua dimensão social, contudo estes cuidados são dos mais significativos no cuidar em contexto paliativo, pela proximidade do contacto, que fazem desses um momento privilegiado, (SFAP, 1999). Também a reabilitação da imagem corporal e o reconciliar da pessoa com o seu corpo são objetivos que só se podem definir em conjunto com o doente, aproveitando este espaço.

O relaxamento aparece como um meio importante na ajuda do doente a enfrentar um futuro incerto, pois um relaxamento voluntário do tónus muscular diminui a tensão. A resposta de relaxamento é acompanhada por um estado psicológico de calma, bem-estar e tranquilidade, (SFAP, 1999).

Também a abordagem interdisciplinar faz realçar o trabalho em equipa, permitindo uma sinergia de habilidades para promover a melhoria da qualidade de vida do doente paliativo não oncológico. Para o King's College London (2008 como citado em Braga, 2009):

Os cuidados paliativos e a reabilitação são disciplinas interdisciplinares que têm como foco a melhoria da qualidade da experiência humana no morrer e na deficiência, em vez de tentar a cura ou modificar o processo da doença. Ambas envolvem uma intervenção complexa de uma equipa multidisciplinar e o seu sucesso deve ser avaliado num contexto de deterioração da condição da pessoa. As duas áreas enfrentam desafios muito similares. Existe um importante interface para ser explorado, entre a reabilitação e os serviços de cuidados paliativos, no sentido de ajudar aqueles que vivem com complexas deficiências.

4. REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO NO CUIDAR DO DOENTE PALIATIVO NÃO ONCOLÓGICO NUM SERVIÇO DE MEDICINA DUM HOSPITAL DE AGUDOS

Os cuidados de enfermagem são um conjunto de intervenções que visam responder às necessidades fundamentais das pessoas, favorecendo o desenvolvimento, a manutenção da saúde física e mental e/ou reabilitar alguém que já esteja doente, (Collière, 1989). O papel dos enfermeiros será então o de intervir junto da pessoa com necessidades para desenvolver atividades importantes para a sua saúde, recuperação ou para uma morte pacífica, como defende Virginia Henderson (s.d. como citada em Maia, 1995). Exige assim aos enfermeiros competências no âmbito da mobilização das capacidades das pessoas e dos seus familiares, baseado no conhecimento, para manter e estimular a vida de alguém, adequando os meios necessários para o atingir. Logo, a enfermagem tem uma perspetiva própria e única, onde os enfermeiros são agentes insubstituíveis no cuidar.

Salienta-se que o hospital é o local onde se cruzam saberes, onde são traçadas e utilizadas diversas estratégias com vista à obtenção de poder de uns sobre outros, formal ou informalmente (Carapinheiro, 1993), mas será este o contexto organizacional privilegiado para a enfermagem dar a conhecer a natureza, o conteúdo da sua atividade e a sua identidade profissional? É também na hospitalização de doentes paliativos e particularmente dos não oncológicos que diversos fatores, como crenças e estereótipos relacionados com a doença crónica, poderão condicionar a relação terapêutica e a promoção da autonomia.

No entanto, a relação que se estabelece (enfermeiro/doente) é fundamental para se respeitar a individualidade e a promoção da autonomia, pois o enfermeiro tem que olhar o outro de uma forma única e individual, livre de crenças e estereótipos. Além disso, a tecnologia em saúde e a dependência gerada nas equipas de profissionais de saúde, em relação a essa mesma tecnologia, aumentaram o controlo sobre o tempo e as circunstâncias da morte, ao mesmo tempo que o distanciam do doente paliativo, (Quintana, 2006).

Para Neto (2004) os profissionais envolvidos no apoio ao doente em cuidados paliativos, confrontam-se com a realidade da não cura, sobre a qual a sua preparação técnica e humana não foi suficientemente preparada. Quando um profissional de saúde é apenas chamado para tratar em situações de doença crónica e incurável, isso desperta-lhe sentimentos de frustração, uma vez que se confronta com a incurabilidade.

A presença destes doentes numa unidade de agudos provoca nos enfermeiros confrontos relativos às opções a tomar e às intervenções a adotar. Também estes doentes são muitas vezes considerados como *incapazes* para tomarem decisões por si, o que condiciona toda a relação terapêutica.

Virginia Henderson (n.d. como citada em Maia, 1995) defende que a atividade dos enfermeiros está diretamente relacionada com a situação de dependência do doente. O enfermeiro ajuda e ou substitui o doente na satisfação das suas necessidades, o que, de certo modo, não é socialmente valorizado, pois existe uma tendência natural para a valorização social dos procedimentos técnicos. No entanto, inerente ao cuidar está a relação de ajuda, sem a qual podemos colocar em questão a eficiência dos nossos cuidados.

Por outro lado, A. Costa (2011) defende que cuidar implica respeitar a pessoa em todas as suas vertentes, olhando-a como um ser individual e único com características e vivências próprias, promovendo nesta a reflexão e a tomada de decisão no seu projeto de saúde e de vida. O enfermeiro tem que perceber quais as representações sociais que o doente tem acerca da doença e o modo como esta pode influenciar a relação que estabelece, uma vez que o doente faz parte integrante da equipa de cuidados.

Para Costa (2009) cuidar é uma atividade cooperante, baseada na interação entre quem cuida e quem é cuidado. O êxito deste processo terapêutico coloca-nos perante o saber agir profissional, numa atitude não confinável ao saber fazer. As atitudes e emoções significativas dos e para os sujeitos e seus contextos surgem como ação social intencional, implicando a interação entre seres humanos e tendo como veículo unificador a compreensão do cuidado, de forma a dar sustentabilidade ao ato de cuidar. Neste contexto, Collière afirma (1989, p. 293) que o:

processo de cuidados de enfermagem (...) situa-se numa encruzilhada de um sistema de troca, (...) e não tem razão de ser se não se enraizar no que as pessoas vivem, tendo em conta a sua doença, as limitações que daí resultam ou as dificuldades que encontram (...) sendo um processo de descoberta, elucidação e acção (...).

Castro (2007), por sua vez, defende que o enfermeiro mobiliza os seus saberes, as suas referências e estimula a sua criatividade, com o objetivo de cuidar de uma forma global, pois no processo de cuidar está intrínseco a capacidade para estabelecer relações com os outros, utilizando instrumentos que permitam adequar os cuidados a cada situação. Embora o cuidar não seja exclusivo dos enfermeiros, este esteve sempre ligado às práticas

de enfermagem, constituindo a sua essência. “Desde que existe a vida existem cuidados porque é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer” (Collière, 1989, p.27). “Velar, cuidar, tomar conta, representam actos que tem por função manter a vida. O cuidar foi e será sempre o fundamento dos cuidados de enfermagem” (Collière, 1989, p.29).

O cuidar é mais do que um comportamento inato, é um valor que determina a forma como cada pessoa se situa em relação à vida, a si próprio e aos outros (Collière, 1989). Ainda, Collière (1989, p. 235) define cuidar como “um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”, que se verifica ao longo de todo ciclo vital. Por sua vez, Frias (2010) refere-se ao conceito de cuidar relacionando os cuidados de manutenção da vida, num conjunto de atividades que asseguram a manutenção e a continuidade da vida e os cuidados de reparação. Estes últimos ligados ao tratamento da doença, na luta que é necessário travar contra ela, combatendo as suas causas.

Ainda neste contexto, Virgínia Henderson (1994) foi preponderante nos contributos que deu para o desenvolvimento dos modelos de cuidar, onde são valorizadas a relação interpessoal e a individualidade da pessoa humana, nas intervenções autónomas, indo de encontro ao preconizado por Florence Nightingale. Também Gaut (1991 como citado em Castro, 2007) diz que a enfermagem nasceu do cuidar, organizou-se para cuidar e profissionalizou-se através do cuidar de pessoas, sendo por isso reconhecida como uma profissão cujo foco da atenção está na relação que se estabelece entre aquele que cuida e a pessoa que é cuidada, valorizando as diferenças existentes entre as pessoas, numa visão holística, nas dimensões biológica, psicológica, cultural, social, ambiental e espiritual.

Cuidar de doentes paliativos não oncológicos implica uma reflexão sobre os conceitos que orientam toda a nossa prática, no que se refere ao sentido que atribuímos a estes doentes, à vida e aos valores que defendemos.

A perda da autonomia e a renúncia perante a doença desenvolve atitudes paternalistas por parte dos técnicos de saúde. É, por isso, necessário ajudar o doente, a família e a sociedade a encararem esta fase da doença crónica como um processo natural, aceitando todas as limitações.

Um dos grandes objetivos da intervenção do enfermeiro de reabilitação, que cuida de doentes paliativos não oncológicos com alterações da mobilidade, será então ajudar a manter e ou preservar a autonomia, autoestima, valorização e individualidade de cada um,

inserido numa família e numa comunidade específicas, de modo a maximizar a qualidade de vida para desempenharem as suas atividades de vida diária ajustadas à realidade.

A prática dos cuidados ao doente paliativo não oncológico é uma realidade cada vez mais evidente nos hospitais, locais impessoais onde o doente, por vezes, acaba por morrer sozinho. “Sabe-se hoje, e cada vez mais, que a mudança do contexto do cuidar do domicílio para o hospital não é sinonimo de bons cuidados a estes doentes”, Cerqueira (2005, p. 58).

Moreira (2001 com citado em Cerqueira, 2005) refere, ainda, que muitos dos doentes paliativos que ingressam nos hospitais não recebem cuidados adequados à fase em que se encontram, sendo tratados como doentes com perspectivas de cura. A literatura consultada descreve que os hospitais são estruturas de cuidados de saúde que oferecem aos doentes uma prática tecnológica diferenciada e dirigida para a *cura*, onde por vezes, se descora o relacionamento humano, mas recebem doentes paliativos.

Frias (2008) defende, que os enfermeiros destacam as suas dificuldades no cuidar do outro, o que implica que as necessidades dos doentes paliativos não sejam completamente satisfeitas. E, Frias (2010, p. 31) refere ainda que há estudos que demonstram que “as estratégias utilizadas pelos enfermeiros que, devido às suas características humanas e de proximidade com os doentes, atenuam os efeitos adversos do mundo hospitalar.”

A mesma autora (2010) relata que as situações em que a morte acontece no hospital são difíceis de vivenciar para os enfermeiros, porque foram estabelecidos laços afetivos. Os internamentos hospitalares destes doentes são de longa duração, quer pelas necessidades de cuidados de que estes doentes necessitam, quer pela situação socioeconómica que atravessam e a forma como terminam sedimentam a afetividade entre os enfermeiros e o doente paliativo não oncológico e a suas famílias.

Por seu lado, Cerqueira (2005, p. 54) refere que a “relação interpessoal enfermeiro/doente e família é condição determinante para a qualidade de cuidados prestados ao doente; é através de habilidades relacionais no cuidar que contribuímos para uma maior autonomia e satisfação profissional.”

Ainda Cerqueira (2005 como citado em Frias, 2010, p. 31) afirma que a “despersonalização do ambiente hospitalar é um factor que influencia a prestação dos cuidados de enfermagem aos doentes em fim de vida e às suas famílias”. Neste contexto e segundo Henderson (1978, 2006 como citado em Frias, 2008, p. 58) “os enfermeiros

devem ser capazes de apreciar as necessidades da pessoa, bem como as condições e as doenças que as alteram.” Torna-se, por isso, determinante intervir de forma orientada segundo as necessidades do doente paliativo, quer ao nível do conforto, que ao nível dos cuidados de manutenção da vida e dos cuidados de compensação, (Collière, 2003).

Na representação social da doença, na globalidade das doenças crónicas, como refere Frias (2010), onde se incluem os doentes paliativos não oncológicos, destacam-se os mitos e crenças intrínsecos e a insegurança dos doentes e famílias, face a esta fase da doença crónica e dos cuidados em fim de vida.

As representações sociais dos enfermeiros de reabilitação relativamente a estes doentes poderão interferir no processo de cuidar e na promoção da sua autonomia, tornando-se importante esclarecer o que se entende por representações sociais e autonomia, pois internamento hospitalar é um espaço de tempo potenciador de *stress* para o doente e família em qualquer fase do ciclo de vida, tornando-se por isso fundamental conhecer o contexto de vida para melhor podermos cuidar, (A. Costa, 2011).

Noutra perspetiva, Hesbeen (2003) defende que um dos desafios da reabilitação moderna reside no agir para que o fenómeno da cronicidade não se transforme numa verdadeira desvantagem. Por outro lado, os desafios que os enfermeiros de reabilitação têm que enfrentar perante pessoas com doenças crónicas não oncológicas e os seus familiares, cujo sofrimento não pode ser negligenciado, são enormes. Ajudar a pessoa a não sofrer ou a não sentir-se diminuída é um desafio para o enfermeiro de reabilitação, pois pode intervir no sentido de ir ao encontro das necessidades da pessoa com doença paliativa não oncológica, com o objetivo de conseguir tecer laços de confiança, que permitam um *continuum* de cuidados.

PARTE II – DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA

1. PROBLEMÁTICA DO ESTUDO – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

A investigação científica é um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação, tal como refere Fortin (2009). É indiscutível a necessidade da investigação no desenvolvimento de qualquer área do conhecimento e ou profissão, cujas práticas assentam em bases científicas como a enfermagem que é entendida quando cria oportunidades para estudar e dar significado à compreensão da complexidade do contexto da prática clínica. Para Streubert e Carpenter (2000, p. 9), “a ciência humana e os métodos de pesquisa que a acompanham, proporcionam uma oportunidade para estudar e criar significado que enriquecerá e contribuirá para a compreensão da vida humana.”

Após a revisão sistemática de literatura, surgiram alguns aspetos sociais inquietantes, como o aumento da esperança média de vida e o consequente envelhecimento da população no nosso país, indicador de um aumento da prevalência de situações de cronicidade e incapacidade. Acresce ainda, as pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida, cada vez mais presentes nos hospitais de agudos. As alterações na organização e dinâmicas familiares fizeram emergir novas necessidades sociais e de saúde, associadas a novas atitudes e expectativas, numa tentativa de tratar e de cuidar holisticamente a pessoa.

Com base nos Censos de 2011 (INE 2012), o envelhecimento da população torna-se num dos aspetos de destaque na evolução demográfica do distrito de Viana do Castelo. Este fenómeno, associado às principais causas de morte por doença no distrito e aos índices de dependência, reflete-se num aumento de doentes portadores de doença crónica sensíveis a cuidados de saúde, por um tempo mais prolongado. A investigação de Prévost (1992) mostra que a utilização da técnica assética favoreceu o afastamento do doente e o seu sofrimento. Kottow (2004, p. 285) refere que “não é importante se vivemos de um modo doente ou saudável; o que conta é ser doente de um modo saudável e não saudável de um modo doentio.” É neste sentido que a enfermagem e particularmente a enfermagem de reabilitação é chamada a responder a estes novos desafios. Face a estes pressupostos e parafraseando o que diz Dominicé, Favario e Lataillade (2000, p. 146), existem “certas situações em que a relação terapêutica se torna um meio de restaurar a imagem do corpo.” O estudo de Kralik, Kock e Eastwood (2003) realizado a mulheres com esclerose múltipla,

demonstra que o corpo influencia o reforço da identidade e o modo como os enfermeiros efetivam a identidade é omissivo.

Braga (2009) refere que seria importante estudar as intervenções de enfermagem de reabilitação nas alterações da mobilidade e a sua influência nos doentes paliativos. Montagnini *et al.* (2003) defendem que a incapacidade progressiva é comum nos doentes paliativos e que a reabilitação de suporte a estes doentes tem como objetivo manter a função e promover o conforto. Referem também, que há estudos que têm demonstrado alguns dos potenciais benefícios da reabilitação nesta população, onde se inclui a melhoria da capacidade funcional, a mobilidade, a fadiga, a dor, o bem-estar, o estado emocional, a função cognitiva e a qualidade de vida, numa atitude de reabilitação que deve ser abrangente e interdisciplinar. E, ainda, que as intervenções de reabilitação não são valorizadas apesar dos elevados níveis de dependência funcional dos doentes ou que pouco se sabe sobre a eficácia dessas intervenções no contexto do doente paliativo.

Por sua vez, o Royal College of Physicians (RCP) (2008) analisam que a gestão da deficiência de longo prazo é um elemento central dos serviços de reabilitação para apoiar as pessoas até ao final das suas vidas. Além disso, muitos departamentos têm agora enfermeiros especialistas que proporcionam um suporte a longo prazo para o doente e sua família. Dado o atual contexto socioeconómico, deve existir uma compreensão entre os cuidados de reabilitação e os paliativos, fundamental para garantir cuidados coordenados a estes doentes, em vez de duplicação de prestação de cuidados.

Também as experiências da investigadora ao longo do seu percurso profissional, tais como: a formação (especialidade em Enfermagem de Reabilitação e pós graduação em Cuidados Paliativos); o percurso profissional, donde se destaca a experiência num serviço de Medicina de um hospital de agudos², a cuidar de pessoas com doença crónica, sem potencial de recuperação; o desenvolvimento de competências numa Equipa de Gestão de Altas, onde diariamente se avaliam doentes com necessidade de cuidados paliativos do foro não oncológico, aos quais não é garantido o acesso aos cuidados paliativos. E ainda, a não visibilidade da importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação aos doentes do foro paliativo não oncológico, na medida em que estes cuidados ainda são prescritos a pessoas que se encontram em fases diferentes, sob o ponto de vista do ciclo de doença.

²Instituição vocacionada para curar ou tratar com êxito. O hospital de agudos é concebido para a produzir cuidados com vista à cura da doença, não estando vocacionado para doentes incuráveis e terminais. Está mais preparado para prolongar sofisticadamente a doença, do que para cuidar do doente que enfrenta a morte. (Sapeta, 1997)

Assim, pareceu ser oportuno realizar um estudo de investigação que demonstrasse a influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na mobilidade do doente paliativo não oncológico, com a intenção de promover cuidados de enfermagem de reabilitação que deem resposta à pessoa nas suas diferentes dimensões. Emerge deste modo, a questão de investigação: **Qual a influência que os cuidados de enfermagem de reabilitação exercem na mobilidade do doente paliativo não oncológico?**, para compreender a influência que os cuidados de enfermagem de reabilitação exercem na mobilidade do doente paliativo não oncológico.

As intervenções de enfermagem de reabilitação no doente paliativo não oncológico devem estar centradas nas necessidades efetivas do doente, com objetivos bem definidos e uma avaliação e reavaliação contínua. Assim, intervir no processo de mobilidade destes doentes requer dos enfermeiros de reabilitação, competências e habilidades humanas e relacionais que os desvincule do modelo biomédico, que preconiza a recuperação da função para um modelo de cuidados, centrado na pessoa que necessita de cuidados de manutenção da sua saúde.

Parece poder afirmar-se que os cuidados de enfermagem de reabilitação são fundamentais para manutenção da capacidade funcional e qualidade de vida do doente e das suas famílias, bem como prevenir a imobilidade destes doentes.

Partindo dos pressupostos atrás referidos, este estudo tem como objetivos específicos:

- Identificar os cuidados de enfermagem de reabilitação na mobilidade do doente paliativo não oncológico;
- Identificar o significado que os cuidados de enfermagem de reabilitação têm para os enfermeiros de reabilitação que cuidam do doente paliativo não oncológico.

Dando resposta às seguintes questões orientadoras:

- ✓ Que cuidados de enfermagem de reabilitação são prestados ao doente paliativo não oncológico na mobilidade?
- ✓ Qual o significado que os cuidados de enfermagem de reabilitação têm para os enfermeiros de reabilitação que cuidam do doente paliativo não oncológico?

2. METODOLOGIA DE ESTUDO

Percorrido que foi o trajeto inicial de revisão bibliográfica e de reflexão sobre esta problemática, considerou-se a abordagem qualitativa a que melhor responderia à problemática e aos objetivos traçados, como refere Ribeiro (2008, p. 34) “os investigadores recorrem à investigação, para descreverem determinados acontecimentos.” Também Patton (1990 como citado em Ribeiro, 2008, p. 27) “explica que as técnicas qualitativas permitem que o investigador estude o assunto em profundidade e detalhe.”

Numa abordagem qualitativa, Fortin (2009, p. 148) defende que o “investigador não se coloca como perito, dado que é de uma nova relação sujeito-objecto que se trata.” Afirma ainda que a intersubjetividade se encontra presente na relação com o objeto de estudo, pois ambos são dotados de características que os tornam singulares e das quais eles dificilmente se conseguem dissociar, Fortin (2009). Esta metodologia preocupa-se com as dimensões que não podem ser quantificadas e que se revelem indispensáveis e particularmente eficazes para compreender fenómenos relacionados com crenças, valores e atitudes, que se manifestam e permitem um melhor conhecimento do universo em estudo. Dada a necessidade de compreender a influência que os cuidados de enfermagem de reabilitação exercem na mobilidade do doente paliativo não oncológico, o significado que os enfermeiros de reabilitação atribuem aos cuidados prestados a este grupo de doentes, bem como as dificuldades, necessidades e estratégias, reconheceu-se que este tipo de abordagem se enquadra no objetivo deste estudo, pois pode dar contributos importantes no desenvolvimento de conhecimentos para a prática dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Um processo de investigação abrange uma fase metodológica, onde se operacionalizam pormenores e se especifica o tipo de estudo, o meio e a população envolvida, Fortin (2009). Depois de formulada a questão de investigação e precisado o quadro de referência, que serviu de base ao estudo, definiram-se as fontes de dados ligadas ao fenómeno, isto é, a população sobre a qual incidirá o estudo, “a população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”, (Fortin 2009, p. 41).

2.1. Tipo de Estudo

Face à metodologia adotada optou-se por um estudo do tipo exploratório descritivo, pois caracteriza o fenómeno pelo qual alguém se interessa, (Fortin 2009) e permite a observação, descrição e exploração de aspetos relacionados com uma situação (Polit & Hungler, 2004), através das experiências vivenciadas pelos enfermeiros de reabilitação que cuidam de doentes paliativos não oncológicos.

Ribeiro (2008) defende que o investigador utiliza-o para recolher informação, que lhe permita no futuro formular hipóteses e também defende que no tipo de estudos descritivos não se pretende explicar o porquê de determinados fenómenos acontecerem, o investigador apresenta o que encontrou. Os estudos descritivos normalmente são exploratórios e estão relacionados como o facto de o investigador não ter um conjunto de ideias bem fundamentadas acerca de determinado assunto. O mesmo autor (2008, p. 36) diz ainda que nos estudos exploratórios, “qualquer resultado é um bom resultado.”

Considerou-se que a escolha da metodologia e do tipo de estudo apresentavam-se coerentes, pois interessava conhecer a globalidade do fenómeno e não fazer generalizações.

2.2. Terreno de Pesquisa

A realização deste estudo insere-se numa comunidade hospitalar do Alto Minho, integrada numa ULS, cuja área de abrangência são todos os residentes nesse distrito. A missão desta instituição centra-se na “identificação das necessidades de saúde da população residente (...), no respeito pela integridade e dignidade dos utentes, otimizando os recursos, garantindo a qualidade e efectividade da prestação de cuidados, com eficiência e eficácia, tendo em vista a excelência”.³

O acesso ao terreno de pesquisa foi garantido pela autorização formal para a realização do estudo. Também foi facilitado o acesso ao campo de pesquisa, pelo facto de não ser desconhecida, primeiro por ter exercido funções numa das unidades de cuidados e, atualmente, por manter contactos profissionais nas três unidades desse serviço. Estes contactos foram importantes para iniciar a fase de recolha de dados, pelo interesse e disponibilidade demonstrados na colaboração, por parte dos gestores das unidades de cuidados e dos enfermeiros de reabilitação.

³ Regulamento Interno ULSAM - 2010

O serviço onde se desenvolveu o estudo é um serviço de medicina, que presta cuidados do foro de medicina interna, destacando-se as patologias do foro respiratório (doença pulmonar obstrutiva crónica, infeção respiratória, tuberculose pulmonar), cardíaco (insuficiência cardíaca, enfarte agudo do miocárdio), gastroenterológico (cirrose hepática), endocrinológico (diabetes), cerebrovascular (acidente vascular cerebral), neurológico (demências) e os doentes com VIH, principalmente em fase aguda, mas também por descompensação da sua doença crónica. A este serviço também recorrem doentes paliativos com patologia oncológica e não oncológica a necessitarem de cuidados.

É constituído por três unidades de internamento, com características específicas. As equipas deste serviço são constituídas por elementos fixos, em cada uma das unidades, e desenvolvem competências na sua área de intervenção, onde se incluem os enfermeiros de reabilitação.

2.3. População em Estudo

O estudo incide sobre profissionais com experiências próprias, integrados num determinado contexto que lhes é específico, pois pretende-se compreender as experiências vividas e as perceções das pessoas, (Bogdan & Biklen 1994).

Definiu-se como população do estudo os Enfermeiros com Especialidade em Enfermagem de Reabilitação de um serviço de Medicina do Alto Minho.

A seleção dos participantes para o estudo teve por base a sua experiência, de forma a obter-se uma descrição rica e densa do fenómeno, (Querido 2005) além dos seguintes critérios:

- Possuírem formação específica em enfermagem de reabilitação;
- Exercerem funções na área da prestação de cuidados num serviço de medicina há mais de 3 anos;
- Aceitarem participar voluntariamente no estudo, após informação e aceitação da gravação áudio magnética das entrevistas.

A população do estudo é constituída por enfermeiros com especialidade em enfermagem de reabilitação, na área da prestação de cuidados. Estes estão distribuídos pelas três (3) unidades de internamento, de forma não equitativa, num total de doze (12).

A dimensão da população foi determinada pelos dados colhidos e pela sua análise, depois de obtida saturação de dados. Assim, a população do estudo é constituída por 6

enfermeiros com especialidade em enfermagem de reabilitação, na área da prestação de cuidados, que a seguir se caracteriza (Quadros 2, 3 e 4).

Quadro 2 – Caracterização dos Enfermeiros, segundo Género, Idade, Habilitações Profissionais

ENFERMEIROS	GÉNERO	IDADE	HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS
E1	Feminino	33 A	Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
E2	Feminino	35 A	Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
E3	Feminino	32 A	Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
E4	Feminino	33 A	Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
E5	Masculino	35 A	Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
E6	Feminino	31 A	Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

A população do estudo é constituída por cinco (5) enfermeiras e apenas um (1) enfermeiro. A idade situa-se na faixa etária entre os 31-35 anos. Possuem como habilitações profissionais a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

No quadro seguinte, apresenta-se a caracterização dos enfermeiros segundo a sua categoria profissional, tempo de experiência no Serviço de Medicina e tempo de experiência com especialidade.

Quadro 3 – Caracterização dos Enfermeiros, segundo a Categoria Profissional, Tempo de Experiencia no Serviço de Medicina, Tempo de Experiência com Especialidade

ENFERMEIROS	CATEGORIA PROFISSIONAL	TEMPO DE EXPERIÊNCIA NO SERVIÇO DE MEDICINA	TEMPO DE EXPERIÊNCIA COM ESPECIALIDADE
E1	Enfermeira	9 Anos	1 Ano
E2	Enfermeira	12 Anos	1 Ano
E3	Enfermeira	5 Anos	4 Anos
E4	Enfermeira	10 Anos	3 Anos
E5	Enfermeiro	13 Anos	3 Anos
E6	Enfermeira	9 Anos	3 Anos

A população do estudo detém a categoria profissional de enfermeiro, o tempo de experiência profissional no serviço de Medicina situa-se entre os 5 e os 13 anos e possuem especialidade há mais de um ano.

No Quadro 4, refere-se a caraterização dos enfermeiros, segundo a Formação em Cuidados Paliativos.

Quadro 4 – Caraterização dos Enfermeiros, segundo a Formação em Cuidados Paliativos

FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	ENFERMEIROS					
	E1	E2	E3	E4	E5	E6
SIM	x	x	x	x		x
NÃO					x	
DE QUE TIPO						
PÓS GRADUAÇÃO	x					
FORMAÇÃO EM SERVIÇO		x	x	x		x

Ainda acerca da caraterização dos profissionais envolvidos neste estudo salienta-se a formação pós graduada de um (1) dos enfermeiros em cuidados paliativos; um (1) enfermeiro que não tem qualquer tipo de formação nessa área e quatro (4) enfermeiros possuem formação em serviço sobre cuidados paliativos.

3. PROCEDIMENTOS DE NATUREZA ÉTICA

Para Fortin (2009) uma investigação levanta questões éticas e morais. E de acordo com Bogdan e Biklen (1994, p.78) “a ética é mais entendida em termos de uma obrigação duradoura para com as pessoas com as quais se contactou no decurso de toda uma vida como investigador qualitativo.”

Tendo por base princípios que regem as pesquisas que envolvem pessoas, antes de dar início ao estudo, o projeto foi submetido à aprovação da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde onde a investigação iria decorrer (Anexo 1), pois “os aspetos éticos são decisivos em investigação”, (Ribeiro, 2008, p. 155). Assim, o investigador deve assumir-se de rigor, isenção, persistência e humildade uma vez que investigar é tentar contribuir para a interpretação de determinado fenómeno.

Bogdan e Biklen (1994) citam que existem duas questões éticas em investigação com pessoas, uma é o consentimento informado e a outra é a proteção dos participantes no estudo.

Neste contexto, autores como Polit e Hungler (2004), Ribeiro (2008) e Fortim (2009), propõem uma série de questões éticas a ter em conta: os códigos deontológicos das práticas dos profissionais incluídos no estudo; a cultura local e as normas éticas/conduta do campo e da instituição onde se vai desenvolver a investigação, assim como as do investigador e ainda as revisões éticas efetuadas pelos comités éticos.

O investigador tem o dever de assegurar os princípios de beneficência e justiça, bem como o anonimato e a confidencialidade dos dados, pois, segundo Bogdan e Biklen (1994), as identidades dos sujeitos devem ser protegidas; os sujeitos devem ser tratados respeitosamente, de modo a obter a sua cooperação na investigação. Ao negociar a autorização para efetuar um estudo, o investigador deve ser claro e explícito com todos os intervenientes e a autenticidade deve ser mantida ao escrever e ao apresentar os resultados.

4. ESTRATÉGIAS DE RECOLHA DE DADOS

A seleção do método de recolha de dados depende da natureza do problema em estudo, dos objetivos e do nível de conhecimentos que o investigador possui, assim como da possibilidade de obter medidas apropriadas às definições concetuais, da validade e da fidelidade dos instrumentos de medida e, ainda, da conceção do investigador sobre os seus próprios instrumentos de medida, Fortin, (2009).

A recolha de dados pode ser efetuada de diversas formas, cabe ao investigador decidir o tipo de instrumentos que melhor se adequam aos objetivos do estudo e à questão de investigação, como refere Fortin, (2009, p. 240), “antes de empreender uma colheita de dados, o investigador deve perguntar-se, se a informação que quer colher (...) é exactamente a que tem necessidade para responder aos objectivos da sua investigação.”

A estratégia de recolha de dados selecionada foi a entrevista, definida por Fortin (2009, p.245) como “um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos à questão de investigação”. E “permite ao investigador confrontar a sua percepção do significado com o atribuído pelos sujeitos aos acontecimentos, com aquela que os próprios sujeitos exprimem” (Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 1994, p.160). Também Cerqueira (2010, p. 81) refere que “a entrevista semi-estruturada permite uma certa flexibilidade no aprofundar, clarificar e explorar o fenómeno em estudo.”

No âmbito da investigação qualitativa, a entrevista possui laços evidentes com outras formas de recolhas de dados, mas também é útil na obtenção de dados válidos sobre crenças, opiniões e ideias dos participantes, (Lessard-Hébert *et al.*, 1994). Assim, optou-se pela entrevista semiestruturada aos enfermeiros com especialidade em enfermagem de reabilitação.

Depois de ultrapassada a fase de revisão sistemática de literatura, iniciou-se a fase de recolha de dados num serviço de medicina interna de um hospital de agudos do norte do país. Após autorização do Conselho de Administração do Hospital, proporcionaram-se momentos informais com a enfermeira de departamento e, posteriormente, com os enfermeiros chefes e os enfermeiros de reabilitação, visando explicitar os objetivos e a finalidade do estudo e solicitar colaboração na recolha dos dados.

4.1. Instrumento de Recolha de Dados

A entrevista semiestruturada, muito utilizada nos estudos descritivos, embora exija uma grande disciplina por parte do entrevistador (Fortin 2009), foi utilizada “com a certeza de se obter dados comparáveis entre os vários sujeitos” (Bogdan & Biklen, 1994, p.135).

Por sua vez, Cerqueira (2010) relata que na entrevista semiestruturada o entrevistado tem a possibilidade de poder contar a sua história, obtendo-se por isso testemunhos credíveis e que correspondem ao que pensam os participantes do estudo.

Para sistematizar a informação elaborou-se um guião orientador da entrevista (Apêndice B), como refere Quivy e Campenhoudt (1998, p. 192) “o investigador dispõe de uma série de perguntas-guias”, destinado aos enfermeiros de reabilitação.

O guião da entrevista foi sujeito a pré-teste, com uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, na categoria de enfermeiro chefe, de uma das unidades do terreno de pesquisa, (Apêndice C). Após a análise dos dados surgiu a necessidade de proceder a alterações do guião da entrevista para dar resposta aos objetivos do estudo. De seguida construiu-se um novo guião (Apêndice D) e aplicou-se a uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação a exercer funções na prestação de cuidados, (Apêndice E). Após a análise dos dados não houve necessidade de reformulação, pelo que foi considerado como guião definitivo. O pré-teste constituiu uma grande vantagem, quer na condução das entrevistas, quer na informação recolhida.

As entrevistas foram efetuadas numa sala, escolhida pelo entrevistado e de acordo com a sua disponibilidade, em cada uma das unidades de cuidados, o que permitiu privacidade e um ambiente de confiança. O tempo de duração de cada entrevista variou entre os 20 e os 45 minutos, dependendo da informação que os participantes quiseram partilhar, (Apêndice F). E decorreram no período de 27/12/2012 a 24/1/2013.

Conforme já se referiu, adotou-se um guião para a realização das entrevistas, em função das questões de investigação, embora não tenha sido utilizado de uma forma rígida, no entanto, em estudos de natureza qualitativa, como refere Fortin (2009, p. 234) “o investigador deve preocupar-se com a qualidade dos seus dados e proceder de forma que eles reflectam o estado actual das experiências humanas.” Para o registo dos dados serem mais fidedignos recorreu-se à utilização de gravação direta da entrevista com autorização prévia dos entrevistados, (Apêndice G). Esta estratégia foi vantajosa na medida em que permitiu não haver perda de informação importante, quer para a análise dos dados, quer para a sequente interpretação dos resultados.

O manuseamento dos dados recolhidos foi organizado por datas e as transcrições das entrevistas numeradas. Procedeu-se pessoalmente à transcrição das gravações através da leitura das entrevistas efetuadas. Para Bogdan e Biklen, (1994, p.172) “as transcrições são os principais dados de muitos estudos de entrevista.”

Com a realização destas entrevistas pretendeu-se dar resposta à pergunta de investigação. A informação obtida nas entrevistas foi submetida a análise de conteúdo.

4.2. Procedimento de Análise de Dados

Terminada a recolha de dados, passou-se à fase de tratamento e análise dos mesmos. Na análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo da informação recolhida nas entrevistas semiestruturadas, pois, como defende Quivy e Campenhoudt (1998, p. 195), “em investigação social, o método das entrevistas está sempre associado a um método de análise de conteúdo”. Bardin (2011) sustenta com a necessidade de interpretação entre dois pólos: o do rigor da objetividade e da riqueza da subjetividade. Pois a análise de conteúdo, não é mais do que um conjunto de técnicas baseado em procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo de mensagens.

Na análise dos dados é necessário ultrapassar várias fases. A análise de conteúdo permite tratar de forma metódica as informações obtidas através da técnica de colheita de dados, como é o caso da entrevista semiestruturada. Para Bogdan e Biklen (1994, p. 48) “na busca do conhecimento, os investigadores qualitativos não reduzem as muitas páginas (...) tentam analisar os dados em toda a sua riqueza, respeitando, tanto quanto o possível, a forma em que estes foram registados ou transcritos.” Neste contexto, o primeiro passo desta fase foi a transcrição das entrevistas, fundamental no familiarizar com a informação, atribuindo-se um código a cada entrevista. Depois de organizadas e ordenadas, elaborou-se uma *lista* de dados onde se colocaram as respostas a cada uma das questões. O segundo passo foi a criação de uma tabela de codificação global, com as várias áreas temáticas distribuídas por categorias e subcategorias. Num terceiro passo, foram elaboradas as tabelas de sínteses para cada um dos *temas* e introduzidas as respostas nas categorias, subcategorias e unidades de análise e, por último, construiu-se a matriz de redução de dados, (Apêndice H).

De seguida procede-se à apresentação dos resultados e análise dos dados.

5. TRATAMENTO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE DADOS

Depois de analisar os dados recolhidos nas seis (6) entrevistas realizadas aos enfermeiros de reabilitação, através da análise de conteúdo, emergiram oito (8) áreas temáticas, organizadas em categorias, que “constituem um meio de classificar os dados recolhidos”, (Bogdan & Biklen, 1994, p. 221), subcategorias e unidades de análise ou unidades de registo, que os mesmos autores (1994) e Bardim (2009) descrevem como sendo *partes* das transcrições das entrevistas que se encaixam num ponto representado pela categoria, que permitiram compreender as implicações dos cuidados de enfermagem de reabilitação na mobilidade do doente paliativo não oncológico, num serviço de medicina dum hospital de agudos.

Apresentam-se, de seguida, no Quadro 5 as áreas temáticas, as categorias e as subcategorias encontradas.

Quadro 5 – Áreas Temáticas, Categorias e Subcategorias emergentes das entrevistas

ÁREA TEMÁTICA		CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Conceito de doente paliativo não oncológico		1 – Doente com prognóstico de vida limitado	<ul style="list-style-type: none"> • Final de vida • Sem perspectiva de cura
		2 – Doente em sofrimento que necessita de cuidados enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> • Promotores de autonomia • Promotores de qualidade de vida • Promotores de cuidados de conforto • Prevenção de sintomas
		3 – Doentes com diversas tipologias	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiovasculares • Respiratórias • Neurológicas
Cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao doente paliativo não oncológico	A - Intervenções do enfermeiro de reabilitação	1 – Avaliação das limitações da mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Nível motor • Nível sensorial
		2 – Promoção de capacidades adaptativas	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidados • Eliminação • Alimentação • Deglutição
		3 – Reeducação das limitações provocadas pela alteração da mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamentos • Mobilizações • Transferências/Levante • Técnicas de cinesiterapia respiratória • Técnicas de relaxamento • Treino de marcha/Deambulação

		4 – Controlo de sintomas	<ul style="list-style-type: none"> • Alívio de dor • Alívio da dispneia • Alívio do sofrimento • Prevenção de úlceras de pressão
		5 – Palição	
		6 – Monitorização dos resultados das intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Registos escritos • Reuniões de enfermagem • Avaliação da evolução dos sintomas
	B - Momentos da intervenção do enfermeiro de reabilitação	1 – Turno da manhã	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de higiene • Transferências
		2 – Outros turnos	
	C - Estratégias utilizadas pelo enfermeiro de reabilitação	1 – Técnicas de cinesiterapia respiratória 2 – Técnicas de mobilização 3 – Técnicas de massagem 4 – Recurso a produtos de apoio 5 – Procura de objetivos comuns	
Perceção dos enfermeiros de reabilitação relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao doente agudo e ao doente paliativo não oncológico		1 – Sem diferenças	
		2 – Com diferenças	<ul style="list-style-type: none"> • Maior atenção ao doente paliativo • Maior disponibilidade de tempo ao doente paliativo • Maior flexibilidade na execução dos cuidados ao doente paliativo • Objetivo de cura no doente agudo • Maior potencialidade de adesão aos cuidados de reabilitação no doente agudo
Perspetiva dos enfermeiros de reabilitação relativamente à sensibilidade da organização/instituição para os cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico		1 – Subaproveitamento de recursos com formação específica 2 – Insensibilidade da equipa multidisciplinar para os cuidados de enfermagem de reabilitação 3 – Défice de recursos humanos	
Visibilidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação		1 – Desconhecimento da equipa multidisciplinar do papel do enfermeiro de reabilitação 2 – Desvalorização da figura do enfermeiro de reabilitação 3 – Valorização do papel do enfermeiro de reabilitação	
Perspetiva dos enfermeiros de reabilitação relativamente à comunicação estabelecida entre pares		1 – Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação • Partilha de informação

Dificuldades experienciadas pelos enfermeiros de reabilitação no cuidar do doente paliativo não oncológico	1 – Distribuição de doentes com tipologias diversas 2 – Gerir emoções/sentimentos 3 – Avaliação de cuidados	
Sugestões para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico	1 – Equipas de reabilitação 2 – Promover o empoderamento do doente 3 – Enfermeiros com formação em cuidados paliativos 4 – Consensos sobre o olhar do doente paliativo não oncológico	

Tal como referido anteriormente, apresentam-se de seguida vários quadros e texto descritivo, com alusão a frases significativas, unidades de análise, definidas como “a mais pequena unidade de significação, (...) corresponde à identificação dos elementos do texto que possuem um sentido completo neles mesmo” (Gauthier. 2003, p. 352), extraídas das entrevistas.

5.1. Conceito de Doente Paliativo Não Oncológico

Da análise realizada às respostas dos enfermeiros de reabilitação emergiu a área temática, “Conceito de doente paliativo não oncológico”, com três (3) categorias: **doente com prognóstico de vida limitado; doente em sofrimento que necessita de cuidados de enfermagem de reabilitação e doentes com diversas patologias.**

Para cada uma das categorias atrás mencionadas, apresentam-se as respetivas subcategorias e unidades de análise, no Quadro 6.

Quadro 6 – Categorias, Subcategorias e Unidades de Análise relativas ao tema “Conceito de doente paliativo não oncológico”

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
1 – Doente com prognóstico de vida limitado	Final de vida	“(…) doente que tem uma doença já em fase final de vida.” (E1) “(…) doentes em estado paliativo ou terminal, (...)” (E2) “(…) doentes em fase terminal, (...)” (E4)
	Sem perspectiva de cura	“(…) doente, que em termos de diagnóstico de doença, de patologia, não teria mais que 6 meses de vida.” (E1) “(…) doente para o qual não há tratamento da patologia (...)” (E2) “(…) aquele doente, (...) que não tem cura, (...)” (E3) “(…) doente que já não tem perspectiva de cura, (...)” (E4) “(…) doente paliativo, (...), é aquele doente que, onde já não é possível fazer a cura da doença, (...)” (E5)

		“ (...) é aquele doente que normalmente não tem, (...) a nível clínico, não tem mais investimento, (...) ” (E6)
2 – Doente em sofrimento que necessita de cuidados enfermagem de reabilitação	Promotores de autonomia	“ (...) ajudando-os a que consigam prestar os seus próprios autocuidados sem terem tanta dor, (...) ” (E1) “É fundamental integrar estes doentes nos cuidados que se prestam (...) ” (E2) “ (...) sempre que o doente é capaz, eu tento sempre pedir para ele colaborar nos cuidados, (...) para tentar manter a sua autonomia.” (E3)
	Promotores de qualidade de vida	“ (...) cuidados que lhe promovam a qualidade de vida.” (E2) “ (...) melhorar (...) a sua qualidade de vida.” (E3) “ (...) cuidados para manter qualidade de vida (...) ” (E4) “ (...) dar alguma qualidade de vida ao doente.” (E5)
	Promotores de cuidados de conforto	“ (...) doente necessita é de cuidados de conforto (...) ” (E2) “ (...) ter em conta o conforto do doente, o seu bem-estar, (...) ” (E3) “ (...) dar um maior conforto possível (...) ” (E4) “ (...) o enfermeiro de reabilitação, (...) está mais voltado para as questões da mobilização, do prestar conforto, (...) ” (E6)
	Prevenção de sintomas	“ (...) economia de energias para que não lhe provoque tanto sofrimento.” (E1) “ (...) termos de mobilidade (...) as técnicas de conservação de energia são (...) fundamentais, (...) ” (E2) “ (...) o papel do enfermeiro de reabilitação vai de encontro mais à prevenção de sintomas (...) ” (E3) “ (...) tentar minimizar os danos da doença, da dor, da falta de ar, da dispneia.” (E4) “ (...) aliviando aquilo que são os sintomas, nomeadamente todas as queixas dolorosas que ele possa ter por contraturas (...) ” (E5) “ O enfermeiro de reabilitação, (...) tem um papel muito importante a nível da prevenção, (...), prevenção também de anquiloses, (...) ” (E6)
3 – Doentes com diversas tipologias	Cardiovasculares	“ (...) doentes cardíacos, os AVC’s, (...) ” (E1) “ Cardíacos, temos agora uma senhora, (...), os AVC’s, (...) ” (E3) “ (...) cardiopatias severas, (...) ” (E4) “ (...) AVC’s também um ou outro caso.” (E5) “ (...) doentes com AVC, (...) ” (E6)
	Respiratórias	“ (...) doentes (...) maioria mesmo são os doentes respiratórios, (...) ” (E1) “ (...) nós temos muitos doentes terminais do foro respiratório, que são os DPOC’s. ” (E2) “ (...) respiratórios, (...) ” (E3) “ (...) doentes do foro respiratório, as silicoses (...) ” (E4) “ (...) DPOC, (...) ” (E6)
	Neurológicas	“ (...) os neurológicos, são em maior quantidade do que propriamente o doente oncológico. ” (E1) “ (...) doenças degenerativas, já numa fase terminal e (...), ” (E5) “ (...) neurológicos, às vezes TCE’s, (...) ” (E6)

Como base na análise dos discursos dos seis (6) enfermeiros, e como se pode verificar na Tabela I, destacam-se as três (3) categorias, **doente com prognóstico de vida limitado, doente em sofrimento que necessita de cuidados enfermagem de reabilitação e doentes com diversas tipologias.**

Na categoria **doente com prognóstico de vida limitado**, sobressaíram duas (2) subcategorias: *final de vida e sem perspectiva de cura*. A subcategoria *sem perspectiva de*

cura foi a mais referida, com seis (6) respostas e a subcategoria *final de vida* obteve três (3) respostas.

Na categoria **doente em sofrimento que necessita de cuidados enfermagem de reabilitação**, emergiram quatro (4) subcategorias: *promotores de autonomia*, *promotores de qualidade de vida*, *promotores de cuidados de conforto e prevenção de sintomas*. Destas, a subcategoria *prevenção de sintomas* foi a mais mencionada, com seis (6) respostas. As outras três subcategorias *promotoras de autonomia*, *promotores de cuidados de conforto e promotores de qualidade de vida* tiveram três (3), quatro (4) e (5) cinco respostas respetivamente.

Também na categoria **doentes com diversas tipologias**, surgiram três (3) subcategorias: *cardiovasculares*, *respiratórias e neurológicas*. As subcategorias *cardiovasculares e respiratórias* foram as mais abordadas com cinco (5) respostas e a subcategoria *neurológicas* com três (3) respostas.

Tabela I – Número de respostas para cada categoria e respetiva subcategoria relativas ao tema “Conceito de doente paliativo não oncológico”

Categorias	Subcategorias	Enfermeiros						Nº Total de Respostas
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	
Doente com prognóstico de vida limitado	Final de vida	x	x		x			3
	Sem perspectiva de cura	x	x	x	x	x	x	6
Doente em sofrimento que necessita de cuidados enfermagem de reabilitação	Promotores de autonomia	x	x	x				3
	Promotores de qualidade de vida		x	x	x	x		5
	Promotores de cuidados de conforto		x	x	x		x	4
	Prevenção de sintomas	x	x	x	x	x	x	6
Doentes com diversas tipologias	Cardiovasculares	x	x	x	x	x	x	5
	Respiratórias	x	x	x	x		x	5
	Neurológicas	x				x	x	3

5.2. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação Prestados ao Doente Paliativo Não Oncológico

Face às respostas dos enfermeiros do estudo e depois da análise efetuada resultou a área temática, “Cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao doente paliativo não oncológico”, que será apresentada em três (3) subtemas: Intervenções, Momentos da Intervenção e Estratégias utilizadas pelo Enfermeiro de Reabilitação.

- Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação

Relativamente às intervenções do enfermeiro de reabilitação, da análise dos dados emergiram as categorias: **avaliação das limitações da mobilidade; promoção de capacidades adaptativas; reeducação das limitações provocadas pela alteração da mobilidade; controlo de sintomas; palição e monitorização dos resultados das intervenções.**

- Momentos da Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

No que se refere aos momentos da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação e da análise dos dados surgiram as categorias: **turno da manhã e outros turnos.**

- Estratégias utilizadas pelo Enfermeiro de Reabilitação

No que respeita às estratégias utilizadas pelo Enfermeiro de Reabilitação, da análise dos dados resultaram as categorias: **técnicas de cinesiterapia respiratória; técnicas de mobilização; técnicas de massagem; recurso a produtos de apoio e procura de objetivos comuns.**

Para esta área temática, apresenta-se de seguida para cada um dos subtemas atrás mencionados as respetivas categorias, subcategorias e unidades de análise, no Quadro 7.

Quadro 7 – Subtemas, Categorias, Subcategorias e Unidades de Análise relativas ao tema “Cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao doente paliativo não oncológico”

SUBTEMA	CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
A – Intervenções do enfermeiro de reabilitação	1 – Avaliação das limitações da mobilidade	Nível motor	<p>“Mobilidade total, os autocuidados, (...) e mesmo nas transferências do doente, (...)” (E1)</p> <p>“Cuidados esses que podem ser realmente prestados pelos enfermeiros de reabilitação, nomeadamente na mobilidade, (...)” (E2)</p> <p>“(...) a mobilidade musculo articular, (...)” (E3)</p> <p>“(...) a mobilidade, o fazer o levante ou não fazer, (...) essa tomada de decisão, (...)” (E4)</p> <p>“(...) cuidados relacionados (...) com as mobilizações (...) posicionamentos, (...)” (E5)</p> <p>“(...) o posicionamento antiespástico, que é muito importante (...), porque mesmo um doente que não vai recuperar a sua mobilidade, também não tem que ficar anquilosado, não tem que ficar espástico (...)” (E6)</p>
		Nível sensorial	<p>“(...) que ele sinta confortável, porque (...), eles muitas das vezes com a dor que têm (...) desistem (...)” (E1)</p> <p>“(...) o conforto do doente, o seu bem-estar, o alívio dos sintomas, a dor, (...)” (E3)</p> <p>“(...) minimizar os danos da doença, da dor, da falta de ar, da dispneia.” (E4)</p> <p>“(...) ir aliviando aquilo que são os sintomas, nomeadamente todas as queixas dolorosas que ele possa ter por contraturas (...)” (E5)</p>

	2 – Promoção de capacidades adaptativas	Autocuidados	“ (...) para que eles consigam prestar os seus próprios autocuidados (...) ” (E1) “ (...) durante a realização dos cuidados de higiene incentivo-os (...) a fazer eles próprios (...) ” (E2)
		Eliminação	“ (...) cuidados (...) a eliminação intestinal e a vesical, (...) ” (E3)
		Alimentação	“ (...) cuidados com a alimentação,” (E3) “ (...) os cuidados de alimentação,” (E4)
		Deglutição	“ (...) ensinar reflexos de deglutição (...) ” (E1) “ (...) cuidados (...) com (...) alterações da deglutição.” (E3)
	3 – Reeducação das limitações provocadas pela alteração da mobilidade	Posicionamentos	“ (...) posicionamento de alívio de dor, (...) ” (E1) “ (...) posicionamentos (...) ” (E3) “ (...), um posicionamento mais de conforto (...) ” (E4) “ (...) posicionamentos (...) ” (E5) “ (...) posicionamentos antiespásticos (...) ” (E6)
		Mobilizações	“ (...) mobilizações ativas e assistidas para que as articulações continuem em funcionamento (...) ” (E1) “ (...) são cuidados relacionados (...) com as mobilizações (...) ” (E5) “ (...) uma mobilização musculo articular passiva (...) ” (E6)
		Transferências/ Levante	“ (...) as transferências para eles são boas (...) ” (E1) “ (...) as transferências (...) ” (E3) “ (...) os levantes (...) ” (E5) “ (...) teriam vantagem em fazer levante (...) ” (E6)
		Técnicas de relaxamento	“ (...) técnicas de relaxamento (...) ” (E3) “ (...) prestar conforto através da massagem (...) ” (E6)
		Técnicas de CR	“ (...) dissociação dos tempos respiratórios, (...) ” (E1) “ (...) na tosse assistida (...) ” (E2) “ (...) cinesiterapia respiratória (...) ” (E3) “ (...) a consciencialização da respiração (...) ” (E4) “ (...) cuidados relacionados com cinesiterapia (...) ” (E5)
		Treino de marcha/ Deambulação	“ (...) a mobilidade musculo articular, (...) treino de marcha.” (E3)
	4 – Controlo de sintomas	Alívio de dor	“ (...) posicionamento de alívio de dor, (...) ” (E1) “ (...) o alívio dos sintomas, a dor, (...) ” (E3) “ (...) com a finalidade de (...) não ter dor, (...) ” (E4)
		Alívio da dispneia	“ (...) respiração que ele deve fazer para que não tenha tanta dispneia, (...) ” (E1) “ (...) o alívio dos sintomas, (...) a dispneia.” (E3) “ (...) tentar minimizar os danos da doença, (...) da falta de ar, da dispneia.” (E4)
		Alívio do sofrimento	“ (...) não lhes cause a eles (...), tanto sofrimento, (...) ” (E1)
		Prevenção de úlceras de pressão	“ (...) posicionamentos (...) para não criar úlceras de pressão (...) ” (E1) “Prevenção de úlceras de pressão, (...) ” (E3) “ (...) prevenção de úlceras de pressão, (...) ” (E6)
	5 – Palição		(...) “ palição do tempo que lhe falta.” (E4)
	6 – Monitorização dos resultados das intervenções	Registos escritos	“ (...) fenómeno de dor, (...) é uma avaliação (...) ” (E1) “ (...) avaliação que faz é através da SAPE, dos registos na SAPE.” (E2) “ (...) registos no CIPE/SAPE (...) ” (E3) (...) são avaliados no sistema de registo, (...) de enfermagem na CIPE e na SAPE (...) (E4) “ (...) vou fazendo os registos, doente está com dor, (...) o doente tem secreções (...), vamos avaliar os ganhos que vamos tendo, (...) ” (E5)

			“ (...) através da CIPE/SAPE, (...) ” (E6)
		Reuniões de enfermagem	“ (...) inclusive nas passagens de turno (...) ” (E1) “ (...) são avaliados (...) também na passagem de turno, (...) ” (E4)
		Avaliação da evolução dos sintomas	“ (...) nós próprios avaliamos o que fazemos (...) ” (E1) “São avaliados pelo próprio doente, (...) ” (E2) “ (...) em função dos sintomas que apresenta. “ (E3) “ (...) vamos (...) fazendo uma avaliação com o doente, (...) ” (E4) “ (...) vamos avaliar os ganhos que vamos tendo (...) ” (E5) “ (...) vamos avaliando se o doente se realmente fica anquilosado ou não e mostra sinais de espasticidade” (...) (E6)
B - Momentos da intervenção do enfermeiro de reabilitação	1 – Turno da manhã	Cuidados de higiene	“ (...) os momentos dos cuidados higiene, (...) ” (E2) “ (...) durante os cuidados de higiene, (...) ” (E3) “ (...) cuidados de higiene (...) ” (E4) “ (...) são prestados (...) na altura que prestamos os cuidados de higiene (...) ” (E6)
		Transferências	“ (...) na altura das transferências.” (E3)
	2 – Outros turnos		“ (...) posicionamento de um ombro, (...) é feito durante o resto dos turnos, (...) ” (E1) “Momentos são todos aqueles em que vamos prestar cuidados (...) há sempre um número grande de cuidados, (...) temos que aproveitar todos os momentos para prestar cuidados mais específicos a estes doentes.” (E4) “ (...) são prestados, (...) na altura dos posicionamentos (...) ” (E6)
C – Estratégias utilizadas pelo enfermeiro de reabilitação	1 – Técnicas de CR		“ (...) técnica de tosse, (...) ” (E1) “ (...) dissociação dos tempos respiratórios, (...) ” (E2) “Também cinesiterapia respiratória, (...) (E3)
	2 – Técnicas de Mobilização		“ (...) mobilizações ativas e assistidas (...) ” (E1) “ (...) a mobilização musculo articular, (...) ” (E3) “ (...) relacionados com as mobilizações (...) ” (E5) “ (...) mobilização musculo articular passiva (...) ” (E6)
	3 – Técnicas de Massagem		“Massagem de conforto (...) ” (E2) “ (...) prestar conforto através da massagem (...) ” (E6)
	4 – Recurso a produtos de apoio		“Os recursos que utilizamos são alguns materiais, os colchões, as almofadas, os andarilhos.” (E3)
	5 – Procura de objetivos comuns		“ (...) encontrar aqui sempre um equilíbrio que é o que a gente pretende, (...) ” (E1) “ (...) os meus próprios objetivos, (...) tudo que eu faço também é para eu me sentir bem como prestadora de cuidados. (...) a qualidade de vida do doente (...) e o conforto, mas os meus objetivos como prestadora de cuidados são atingidos com a minha prestação e a melhoria da sua qualidade de vida, (...) ” (E2) “ (...) se nos deixassem trabalhar um bocadinho mais com estes doentes (...) beneficiariam com certeza.” (E3) “ (...) somos todos parte do mesmo e o que queremos é realmente que o doente tenha o máximo de conforto se sintam bem e que estamos a fazer o máximo pelo doente (...) ” (E6)

Como base na análise dos discursos dos seis (6) enfermeiros com especialidade em enfermagem de reabilitação, e como se pode verificar na Tabela II, destacam-se três (3) subtemas e treze (13) categorias. Assim, no subtema Intervenções do Enfermeiro

Especialista em Enfermagem de Reabilitação, surgiram as categorias: **avaliação das limitações da mobilidade; promoção de capacidades adaptativas; reeducação das limitações provocadas pela alteração da mobilidade; controlo de sintomas; palição e monitorização dos resultados das intervenções.**

No subtema momentos da intervenção do enfermeiro de reabilitação sobressaíram as categorias: **turno da manhã e outros turnos.**

E no subtema estratégias utilizadas pelo enfermeiro de reabilitação emergiram as categorias: **técnicas de cinesiterapia respiratória; técnicas de mobilização; técnicas de massagem; recurso a produtos de apoio e procura de objetivos comuns.**

Na categoria **avaliação das limitações da mobilidade** destacaram-se duas (2) subcategorias: *nível motor*, a mais referida, com seis (6) respostas e *nível sensorial*, com quatro (4) respostas.

Na categoria **promoção de capacidades adaptativas** surgiram quatro subcategorias: *autocuidados*, *alimentação* e *deglutição*, com duas (2) respostas e *eliminação* com uma (1) resposta.

Na categoria **reeducação das limitações provocadas pela alteração da mobilidade** sobressaíram seis (6) subcategorias: *posicionamentos* e *manobras de cinesiterapia respiratória*, referidas por cinco (5) dos enfermeiros; *transferência/levante*, mencionada por quatro (4) dos entrevistados; *mobilizações* proferida por três (3) enfermeiros, *técnicas de relaxamento* referida por dois (2) enfermeiros e *treino de marcha/deambulação*, apenas com uma (1) resposta.

Na categoria **controlo de sintomas** emergiram quatro (4) subcategorias: *alívio da dor*; *alívio da dispneia e prevenção úlceras de pressão*, com três (3) respostas cada e *alívio do sofrimento*, com uma (1) resposta.

Na categoria **palição** não surgiram subcategorias e foi referida apenas por um (1) entrevistado.

Na categoria **monitorização dos resultados das intervenções** realçaram-se três (3) subcategorias: *registos escritos* e *avaliação da evolução de sintomas*, ambas com seis (6) respostas cada e *reuniões de enfermagem*, com duas (2) respostas.

Na categoria **turno da manhã** apareceram duas (2) subcategorias: *cuidados de higiene* com quatro (4) respostas e *transferências* com uma (1) resposta.

A categoria **outros turnos** é mencionada por três (3) enfermeiros e não se evidenciaram subcategorias.

Nas categorias **técnicas de cinesiterapia respiratória; técnicas de mobilização; técnicas de massagem; recurso a produtos de apoio e procura de objetivos comuns**, não surgiram subcategorias. No entanto, nas categorias **técnicas de mobilização e procura de objetivos comuns** surgiram quatro (4) respostas, seguida da categoria **técnicas de cinesiterapia respiratória** com três (3) respostas. Na categoria **técnicas de massagem**, evidenciaram-se duas (2) respostas e na categoria **recurso a produtos de apoio** respondeu um (1) enfermeiro.

Tabela II – Número de respostas para cada categoria e respetiva subcategoria relativas ao tema “Cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao doente paliativo não oncológico”

Subtema	Categorias	Subcategorias	Enfermeiros						Nº Total de Respostas
			E1	E2	E3	E4	E5	E6	
Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação	Avaliação das limitações da mobilidade	Nível motor	x	x	x	x	x	x	6
		Nível sensorial	x		x	x	x		4
	Promoção de capacidades adaptativas	Autocuidados	x	x					2
		Eliminação			x				1
		Alimentação			x	x			2
		Deglutição	x		x				2
	Reeducação das limitações provocadas pela alteração da mobilidade	Posicionamentos	x		x	x	x	x	5
		Mobilizações	x				x	x	3
		Transferência/levante	x		x		x	x	4
		Técnicas de cinesiterapia respiratória	x	x	x	x	x		5
		Técnicas de relaxamento		x	x	x			2
		Treino de marcha/deambulação			x				1
	Controlo de sintomas	Alívio da dor	x		x	x			3
		Alívio da dispneia	x		x	x			3
		Alívio do sofrimento	x						1
		Prevenção Úlceras de Pressão	x		x			x	3
	Paliação					x			1
	Monitorização dos resultados das intervenções	Registos escritos	x	x	x	x	x	x	6
		Reuniões de enfermagem	x			x			2
		Avaliação da evolução de sintomas	x	x	x	x	x	x	6
Momentos da intervenção do enfermeiro de reabilitação	Turno da manhã	Cuidados de higiene		x	x	x		x	4
		Transferências			x				1
	Outros turnos		x			x		x	3
Estratégias utilizadas pelo enfermeiro de reabilitação	Técnicas de CR		x	x	x				3
	Técnicas de mobilização		x		x		x	x	4
	Técnicas de massagem			x				x	2
	Recurso a produtos de apoio				x				1
	Procura de objetivos comuns		x	x	x			x	4

5.3. Perceção dos Enfermeiros de Reabilitação relativamente aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados ao Doente Agudo e ao Doente Paliativo Não Oncológico

Da análise realizada às respostas dos seis enfermeiros entrevistados resultou a área temática, “Perceção dos enfermeiros de reabilitação relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao doente agudo e ao doente paliativo não oncológico”, com duas (2) categorias: **Sem diferenças** e **com diferenças**.

Apresentam-se de seguida as categorias, subcategorias e unidades de análise, no Quadro 8 para a temática atrás referida.

Quadro 8 – Categorias e Unidades de Análise relativas ao tema “Perceção dos enfermeiros de reabilitação relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao doente agudo e ao doente paliativo não oncológico”

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
1 – Sem diferenças		<p>“ (...) temos doente em cuidados paliativos e atendemos a esse doente da mesma forma, damos prioridade a esse doente como damos em fase aguda.” (E1)</p> <p>“ (...) não distingo os doentes, (...) tento sempre prestar os mesmos cuidados, (...) no doente terminal ou (...) agudo, (...) ” (E3)</p> <p>“ (...) não haverá na minha perspetiva grande (...) diferença, (...) ” (E5)</p> <p>“ (...) deve ser igual (...) ” (E6)</p>
2 – Com diferenças	Maior atenção ao doente paliativo	<p>“ (...) estes doentes são um bocado tratados como os restantes doentes, o que não deveria ser porque precisam de mais atenção, de mais carinho, (...), deviam ter mais apoio. ” (E3)</p>
	Maior disponibilidade de tempo para o doente paliativo	<p>“ Há diferença porque este tipo de doentes requisitam de nós mais (...) tempo,” (E4)</p> <p>“ (...) prestar cuidados de reabilitação a estes doentes, porque são doentes que necessitam muito do enfermeiro de reabilitação e que também necessitam de tempo e disponibilidade (...) ” (E6)</p>
	Maior flexibilidade na execução dos cuidados ao doente paliativo	<p>“ (...) cuidados de enfermagem de reabilitação, (...) que nós conseguimos atender, com mais capacidades, que são mais viáveis para eles, (...) ” (E1)</p> <p>“ (...) prestar cuidados especializados (...) ao doente terminal, tendo em vista (...) ajuda-lo a se readaptar a uma nova situação que está a viver, ao doente e família, (...) ” (E3)</p> <p>“ (...) nós temos que fazer às vezes uma pausa e pormo-nos no lugar do doente, mesmo da família, proporcionar-lhes outro tipo de experiências do género, (...), mudamos a dieta conforme o gosto do doente.” (E4)</p> <p>“ (...) os DPCO’s beneficiavam imenso, mesmo até os doentes AVC, que à partida não têm potencial, (...) ” (E6)</p>
	Objetivo de cura no doente agudo	<p>“ (...) diferenças é que o doente agudo, nós temos aquele objetivo da cura, de doente vir (...) a adquirir capacidade da função (...),”(E4)</p>
	Maior potencialidade de adesão aos cuidados de reabilitação no doente agudo	<p>“ (...) há alguma diferença, (...) aquele doente que entra na fase aguda (...), é um doente (...) que tem mais potencialidades (...) vamos investir nele (...), porque sabemos que esta fase precoce é muito importante, (...) ” (E5)</p> <p>“ (...) uma pessoa que tem (...) potencial, normalmente temos mais tendência a investir mais, (...) ” (E6)</p>

Como base na análise dos discursos dos seis (6) enfermeiros e como se mostra na Tabela III, destacaram-se as categorias **sem e com diferenças**.

Para a categoria **sem diferenças** não se evidenciaram subcategorias, destacaram-se quatro (4) respostas. Para a categoria **com diferenças** sobressaíram cinco (5) subcategorias: *maior atenção ao doente paliativo* e *objetivo de cura no doente agudo* com uma (1) resposta cada; seguida da subcategoria *maior disponibilidade de tempo para o doente paliativo* e da subcategoria *maior potencialidade de adesão aos cuidados de reabilitação no doente agudo*, com duas (2) respostas respetivamente; na subcategoria *maior flexibilidade na execução dos cuidados ao doente paliativo* obtiveram-se quatro (4) respostas.

Tabela III – Número de respostas para cada categoria relativas ao tema “Perceção dos enfermeiros de reabilitação relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao doente agudo e ao doente paliativo não oncológico”

Categorias	Subcategorias	Enfermeiros						Nº Total de Respostas
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	
Sem diferenças		x		x		x	x	4
Com diferenças	Maior atenção ao doente paliativo			x				1
	Maior disponibilidade de tempo para o doente paliativo				x		x	2
	Maior flexibilidade na execução dos cuidados ao doente paliativo	x		x	x		x	4
	Objetivo de cura no doente agudo				x			1
	Maior potencialidade de adesão aos cuidados de reabilitação no doente agudo					x	x	2

5.4. Perspetiva dos Enfermeiros de Reabilitação relativamente à sensibilidade da Organização/Instituição para os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Doente Paliativo Não Oncológico

Da análise realizada às respostas dos enfermeiros de reabilitação emergiu a área temática, “Perspetiva dos enfermeiros de reabilitação relativamente à sensibilidade da organização/instituição para os cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico”, com uma categoria: **Insensibilidade da organização**.

Apresentam-se de seguida as categorias, subcategorias e unidades de análise, no Quadro 9 para a temática atrás mencionada.

Quadro 9 – Categorias, Subcategorias e Unidades de Análise relativas ao tema “Perspetiva dos Enfermeiros de reabilitação relativamente à sensibilidade da organização/instituição para os cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico”

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
1 – Insensibilidade da organização	Subaproveitamento de recursos com formação específica	<p>“(…) não estão sensíveis, (…) há muito mesmo ainda muito a mudar.” (E1)</p> <p>“(…) a instituição (…) está minimamente sensibilizada para a importância do enfermeiro de reabilitação.” (E3)</p> <p>“(…) o saber, o conhecimento, não está a ser aproveitado, (…) é sinal que não estão sensíveis.” (E4)</p> <p>“(…) acho que não estão sensíveis para isso, (…)” (E5)</p> <p>“(…) somos alguns enfermeiros de reabilitação, mas não estamos em todos os turnos, (…) embora aos nossos doentes prestamos cuidados de reabilitação, mas não temos a continuidade para a tarde ou para a noite.” (E6)</p>
	Insensibilidade da equipa multidisciplinar para os cuidados de enfermagem de reabilitação	<p>“(…) nem a instituição, nem as equipas multidisciplinares (…)” (E2)</p> <p>“(…) o doente tinha o direito a ter melhor acompanhamento, (…) uma equipa multidisciplinar, que o ajudasse a controlar os sintomas (…) e melhorar um bocadinho a sua qualidade de vida, (…)” (E3)</p>
	Défice de recursos humanos	<p>“(…) é impossível a gente conseguir prestar cuidados gerais e cuidados de reabilitação, (…) é (…) muito complicado para fazer a gestão destes cuidados.” (E3)</p> <p>“(…) há já um número considerável de elementos com a especialidade de enfermagem de reabilitação e que não estão a ser aproveitados, (…)” (E4)</p> <p>“(…) pelos recursos que estão disponibilizados, pelos meios que temos torna-se muito difícil.” (E5)</p> <p>“(…), já tentou colocar-nos como elemento extra para fazermos reabilitação, já tentou colocar uns de manhã outros à tarde para haver continuidade de cuidados de reabilitação, mas realmente não há possibilidade, (…)” (E6)</p>

Como base na análise dos discursos dos seis (6) enfermeiros, e como se pode verificar na Tabela IV, destacou-se a categoria **insensibilidade da organização**.

Para esta categoria sobressaíram três (3) subcategorias: *subaproveitamento de recursos com formação específica* com cinco (5) respostas, seguida da subcategoria *défice de recursos humanos* com quatro (4) respostas e com duas (2) respostas a subcategoria *insensibilidade da equipa multidisciplinar para os cuidados de enfermagem de reabilitação*.

Tabela IV – Número de respostas para cada categoria relativas ao tema “Perspetiva dos enfermeiros de reabilitação relativamente à sensibilidade da organização/instituição para os cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico”

Categorias	Subcategorias	Enfermeiros						Nº Total de Respostas
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	
Insensibilidade da organização	Subaproveitamento de recursos com formação específica	x		x	x	x	x	5
	Insensibilidade da equipa multidisciplinar para os cuidados de enfermagem de reabilitação		x	x				2
	Défice de recursos humanos			x	x	x	x	4

5.5. Visibilidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Depois de submetidas a análise de conteúdo, as seis (6) respostas dos enfermeiros de reabilitação, sobressaiu a área temática, “Visibilidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação”, com três (3) categorias: **desconhecimento da equipa multidisciplinar do papel do Enfermeiro de Reabilitação; desvalorização da figura do Enfermeiro de Reabilitação e valorização do papel do Enfermeiro de Reabilitação**, não se evidenciando subcategorias.

No Quadro 10, apresentam-se as categorias e unidades de análise, do tema acima indicado.

Quadro 10 – Categorias e Unidades de Análise relativas ao tema “Visibilidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação”

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
1 – Desconhecimento da equipa multidisciplinar do papel do enfermeiro de reabilitação		<p>“ (...) ainda não perceberam muito bem o que é enfermeiro de reabilitação e o que ele ali faz. ” (E1)</p> <p>“A equipa multidisciplinar (...) não vêem o serviço com o recurso enfermeiro de reabilitação, (...), nem sabem que têm enfermeiro de reabilitação no serviço, porque não há esta dinâmica de enfermeiro de reabilitação, (...)” (E6)</p>
2 – Desvalorização da figura do enfermeiro de reabilitação		<p>“ (...) os colegas generalistas ainda não sentiram que nós somos uma mais valia seja em que doente for, (...) ” (E1)</p> <p>“ (...) em termos superiores já acho que se começa a diluir (...) a importância que atribuem aos cuidados de enfermagem de reabilitação.” (E2)</p> <p>“ (...) como fundamental penso que não, talvez não verão, isto também decorre da insensibilidade, que, (...) que a hierarquia tem, (...) ” (E4)</p>
3 – Valorização do papel do enfermeiro de reabilitação		<p>“Os pares acham que o enfermeiro de reabilitação é necessário para a obtenção de ganhos em saúde (...) ” (E2)</p> <p>“ (...) temos colegas que realmente dão importância ao papel do enfermeiro de reabilitação (...) ” (E3)</p> <p>“ (...) eu acho que os nossos pares (...) que conseguem ver isso, (...) acho que não têm dúvida nenhuma dos ganhos que a gente consegue dar a esses doentes (...) ” (E5)</p> <p>“ (...) veem o enfermeiro de reabilitação como alguém que pode colaborar nos cuidados (...) ” (E6)</p>

Das respostas dos seis (6) enfermeiros, e como se pode verificar na Tabela V, evidenciaram-se as categorias: **desconhecimento da equipa multidisciplinar do papel do enfermeiro de reabilitação; desvalorização da figura do enfermeiro de reabilitação e valorização do papel do enfermeiro de reabilitação**.

Para a categoria **valorização do papel do enfermeiro de reabilitação** destacaram-se quatro (4) respostas, seguida da categoria **desvalorização da figura do enfermeiro de reabilitação** com três (3) respostas e na categoria **desconhecimento da equipa**

multidisciplinar do papel do enfermeiro de reabilitação salientaram-se duas (2) respostas.

Tabela V – Número de respostas para cada categoria relativas ao tema “Visibilidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação”

Categorias	Subcategorias	Enfermeiros						Nº Total de Respostas
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	
Desconhecimento da equipa multidisciplinar do papel do enfermeiro de reabilitação		x					x	2
Desvalorização da figura do enfermeiro de reabilitação		x	x		x			3
Valorização do papel do enfermeiro de reabilitação			x	x		x	x	4

5.6. Perspetiva dos Enfermeiros de Reabilitação relativamente à Comunicação estabelecida entre pares

Da análise efetuada às respostas dos seis (6) enfermeiros de reabilitação resultou a área temática, “Perspetiva dos enfermeiros de reabilitação relativamente à comunicação estabelecida entre pares”, com uma (1) categoria: **Comunicação**.

Apresentam-se no Quadro 11 as categorias, subcategorias e unidades de análise.

Quadro 11 – Categorias, Subcategorias e Unidades de Análise relativas ao tema “Perspetiva dos enfermeiros de reabilitação relativamente à comunicação estabelecida entre pares”

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
1 – Comunicação	Articulação	<p>“(…) entre nós há uma boa comunicação, mesmo na passagem de turno (…)” (E1)</p> <p>“Muito boa, (….) as pessoas vão perguntando o que se pode fazer, (….) neste doente, (….) quais as técnicas que tu implementarias (….)” (E2)</p> <p>“Comunicação de entre ajuda procurando sempre o melhor para o doente (….)” (E3)</p> <p>“(…) a comunicação existe, (….) a comunicação é mais naquele aspeto de uma dúvida, que as pessoas têm numa avaliação.” (E4)</p> <p>“Acho que a comunicação é muito boa e eficaz, (….)” (E5)</p> <p>“Sim, (….) existe comunicação (….)” (E6)</p>
	Partilha de informação	<p>“(…) colegas generalistas sabem e articulam-se muito bem (….)” (E1)</p> <p>“Há partilha de informação, (….) pedem a nossa colaboração quando têm dúvidas em campos que abrangem mais os de enfermagem de reabilitação.” (E3)</p> <p>“(…) há partilha, (….) até para referenciar doentes pela continuidade de cuidados.” (E4)</p> <p>“Partilha sim sempre, sempre inclusive quando há avaliação que é mais da área da reabilitação (….) recorrem muito a nós (….)” (E5)</p> <p>“(…) há partilha de informação (….) eu acho que há bastante partilha.” (E6)</p>

Com base nas respostas dos seis (6) enfermeiros, e como se pode verificar na Tabela VI, para a categoria **comunicação** distinguiram-se as subcategorias de *articulação* e *partilha de informação*.

Na subcategoria *articulação* destacaram-se seis (6) respostas e na subcategoria *partilha de informação* ressaltaram cinco (5) respostas.

Tabela VI – Número de respostas para cada categoria relativas ao tema “Perspetiva dos enfermeiros de reabilitação relativamente à comunicação estabelecida entre pares”

Categorias	Subcategorias	Enfermeiros						Nº Total de Respostas
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	
Comunicação	Articulação	x	x	x	x	x	x	6
	Partilha de informação	x		x	x	x	x	5

5.7. Dificuldades experienciadas pelos Enfermeiros de Reabilitação no cuidar do Doente Paliativo Não Oncológico

Sobre esta área temática “Dificuldades experienciadas pelos enfermeiros de reabilitação no cuidar do doente paliativo não oncológico”, encontraram-se três categorias: **distribuição de doentes com tipologias diversas; gerir emoções/sentimentos e avaliação de cuidados.**

No Quadro 12, para cada uma das três categorias acima descritas, são apresentadas as respetivas unidades de análise.

Quadro 12 – Categorias e Unidades de Análise relativas ao tema “Dificuldades experienciadas pelos enfermeiros de reabilitação no cuidar do doente paliativo não oncológico”

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
1 – Distribuição de doentes com tipologias diversas		“ (...) fico com todo o tipo de doentes, (...) ” (E2) “ (...) são-nos atribuídos todos os doentes do serviço, distribuídos.” (E3) “ (...) depois há o resto dos outros doentes (...) ” (E4) “ (...) não ficamos só com os doentes com necessidades de reabilitação, com doentes em fase terminal, que necessitam de enfermagem de reabilitação (...) ” (E6)
2 – Gerir emoções / sentimentos		“Alguma dificuldade para lidar com pessoas em fase terminal (...)” (E3)
3 – Avaliação de cuidados		“São avaliados pelo próprio doente, (...) ” (E2) “ (...) são avaliados (...) em função dos sintomas que apresenta.” (E3)

Podemos verificar pela análise da Tabela VII que, no que respeita às categorias mais mencionadas, aparece a **distribuição de doentes com tipologias diversas** com quatro (4) alusões. Dos seis (6) enfermeiros entrevistados, dois (2) referiram a categoria **avaliação de cuidados**. Importa realçar que a categoria menos mencionada é a **gerir emoções/sentimentos**, referida por um (1) dos entrevistados.

Tabela VII – Número de respostas para cada categoria relativas ao tema “Dificuldades experienciadas pelos enfermeiros de reabilitação no cuidar do doente paliativo não oncológico”

Categorias	Subcategorias	Enfermeiros						Nº Total de Respostas
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	
Distribuição de doentes com tipologias diversas			x	x	x		x	4
Gerir emoções/sentimentos				x				1
Avaliação de cuidados			x	x				2

5.8. Sugestões para a melhoria dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Doente Paliativo Não Oncológico

Da análise realizada às respostas dos enfermeiros evidencia-se a área temática “Sugestões para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação do doente paliativo não oncológico”, dividida em quatro categorias: **equipas de reabilitação; promover o empoderamento do doente; enfermeiros com formação em Cuidados Paliativos e consensos sobre olhar do doente paliativo não oncológico**, não se apresentando subcategorias.

Para cada uma das quatro categorias acima referidas, são apresentadas as respetivas unidades de análise, no Quadro 13.

Quadro 13 – Categorias e Unidades de Análise relativas ao tema ” Sugestões para a melhoria dos cuidados ao doente paliativo não oncológico”

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
1 – Equipas de reabilitação		<p>“(…) equipa de reabilitação (…)” (E1);</p> <p>“(…) é muito importante, o enfermeiro de reabilitação na prestação de cuidados aos doentes do foro paliativo não oncológicos (…)” (E2)</p> <p>“O ideal (…) era cada serviço de medicina ter um enfermeiro de reabilitação que pudesse prestar cuidados especializados para procurar uma melhoria dos cuidados ao doente terminal, (…)” (E3)</p> <p>“(…) dentro do serviço, (…) era darem-nos mais oportunidades de nós conseguirmos desenvolver um trabalho mais próximo destes doentes, (…), ficarmos mais, (…) sermos mais, pelo menos mais um elemento por turno, (…)</p>

		aumentarem aos rácios, (...) recursos humanos.” (E4) “ (...) havia de haver mais recursos humanos.” (E5) “ (...) nos não devíamos fazer parte dos mínimos, para podermos prestar cuidados de reabilitação a estes doentes, porque são doentes que necessitam muito do enfermeiro de reabilitação (...) ” (E6)
2 – Promover o empoderamento do doente		“ (...) tento sempre procurar que o doente colabore nos cuidados (...)” (E3)
3 – Enfermeiros com formação em Cuidados Paliativos		“ (...) temos colegas com especialidade em paliativos e (...) deviam ser aproveitadas para trabalhar (...) com estes doentes, (...)” (E3)
4 – Consensos sobre olhar do doente paliativo não oncológico		“ (...) devia haver um consenso entre toda a equipa, equipa multidisciplinar, médicos e enfermeiros, saberem o que é realmente os doentes paliativos, (...) ”. (E2) “ (...) estes doentes são um bocado tratados como os restantes doentes, o que não deveria ser, porque precisam de mais atenção, de mais carinho, (...), deviam ter mais apoio.” (E3) “Começaria por questões ligadas (...) à logística, acho que esses doentes deviam ter lugares muito próprios, (...) que lhes conferisse conforto (...)” (E5) “ (...) são doentes que necessitam muito do enfermeiro de reabilitação e que também necessitam de tempo e disponibilidade (...) ” (E6)

Na Tabela VIII, pode verificar-se que a categoria mais apontada pelos seis (6) enfermeiros entrevistados é a categoria **equipas de reabilitação**. Das mais referenciadas também com quatro (4) repostas apareceu a categoria **consensos sobre olhar do doente paliativo não oncológico**, seguindo-se as categorias **enfermeiros com formação em Cuidados Paliativos** e **promover o empoderamento do doente** com uma (1) resposta cada.

Tabela VIII – Número de respostas para cada categoria relativas ao tema” Sugestões para a melhoria dos cuidados ao doente paliativo não oncológico”

Categorias	Subcategorias	Enfermeiros						Nº Total de Respostas
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	
Equipas de reabilitação		x	x		x	x	x	6
Promover o empoderamento do doente				x				1
Enfermeiros com formação em cuidados paliativos				x				1
Consensos sobre olhar do doente paliativo não oncológico			x	x		x	x	4

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Pretende-se nesta fase do trabalho de investigação efetuar a discussão dos resultados, sobretudo daqueles que mais se relacionam com a problemática do estudo e os seus objetivos.

Inicia-se assim a discussão pelo conceito de doente paliativo não oncológico na perspetiva dos enfermeiros de reabilitação. Aborda-se a relação que existe entre a prestação dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados a estes doentes e ao doente agudo, seguida de uma perspetiva sobre a sensibilidade que a organização tem para estes cuidados, no âmbito do doente paliativo não oncológico; a visibilidade e a comunicação estabelecida entre pares no cuidar destes doentes; as dificuldades, necessidades e estratégias na prestação de cuidados a estes doentes e finalmente sugestões para melhorar os cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico.

Conceito de doente paliativo não oncológico

Falar de Doente Paliativo Não Oncológico remete-nos para o conceito de cuidados paliativos. Este surge da necessidade do cuidar da pessoa como um todo e é definido como abrangendo os cuidados prestados a doentes com doença ativa, progressiva e com prognóstico de vida limitado, cujo foco de atenção é, por um lado, o alívio e a prevenção do sofrimento e, por outro, a qualidade de vida, (OMS 2002, Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2010 e Lei de Bases de Cuidados Paliativos, 2012).

A intervenção em Cuidados Paliativos deixou de ser dirigida exclusivamente ao doente oncológico, para alargar o seu âmbito a doentes com doenças neurológicas degenerativas, demências na sua fase final, insuficiência avançada de órgão e SIDA em fase terminal.

Os achados do estudo e tendo por base o enquadramento concetual revelam que os enfermeiros de reabilitação dão significados vários ao doente paliativo não oncológico, designadamente: *doente com prognóstico de vida limitado*, *doente de diversas tipologias*, *doente em sofrimento que necessita de cuidados de enfermagem de reabilitação*, o que de alguma forma está de acordo com os autores Twycross (2001), Hesbeen (2003), Bernardo (2005), Neto (2006) e Cerqueira (2010).

No que se refere especificamente ao *doente em sofrimento que necessita de cuidados de enfermagem de reabilitação*, os resultados apontam para *cuidados promotores de autonomia*, que Pessini (2001) enfatizava pela necessidade do respeito pela autonomia, a verdade sobre a sua condição de saúde, a necessidade da participação na tomada de decisão e um cuidar centrado na pessoa e não o de o transformar em mero objeto de cuidados.

Os achados ainda evidenciam *cuidados promotores de conforto e de qualidade de vida*, sendo, que, como refere Pimentel (2004), o conceito de qualidade de vida ligado à saúde é entendido como a percepção que os doentes têm sobre as suas capacidades ao nível do bem-estar físico e atividades de vida diária, bem estar psicológico, relações sociais e sintomas, e que também Twycross (2001) define como sendo o que cada pessoa entende como tal.

Também foi identificado através dos achados que os *cuidados de prevenção de sintomas* são fundamentais para cuidar destes doentes, onde a visão dos enfermeiros relacionada com a não perspectiva de cura ressalta para o cuidar e não apenas curar.

Ainda sobre esta temática, os achados apontam para diversas patologias onde podem ser encontrados doentes paliativos não oncológicos, o que vai de encontro ao defendido por Cerqueira (2005), Bernardo (2005) e Neto (2006). É de realçar que os doentes com patologia cardiovascular são os mais referidos neste estudo.

Cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao doente paliativo não oncológico

Os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao doente paliativo não oncológico inserem-se em ações que visam assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações e ou proporcionar intervenções terapêuticas capazes de melhorar as funções residuais ou manter a independência nas atividades de vida diária, diminuindo o impacto das incapacidades instaladas e proporcionando o direito à dignidade e à qualidade de vida, (OE, 2011). Através das entrevistas, os resultados do estudo vão de encontro ao fundamentado teoricamente sobre esta área específica de intervenção de enfermagem. Assim, as intervenções utilizadas pelo Enfermeiro de Reabilitação centram-se na avaliação das limitações da mobilidade, mais especificamente ao *nível motor e sensorial*. Na promoção de capacidades adaptativas, os enfermeiros englobam os autocuidados, a alimentação, a deglutição e a eliminação, tal como Gomes (2008)

menção no seu estudo, os cuidados de enfermagem de reabilitação vão de encontro ao preconizado nas teorias dos autocuidados. Também Silva (2011) menciona os cuidados de enfermagem como significativamente mais frequentes nos doentes não oncológicos ao nível do apoio nas atividades da vida diária.

No que se refere à reeducação das limitações provocadas pela alteração da mobilidade, os enfermeiros, na sua grande maioria, evidenciam os posicionamentos e a cinesiterapia respiratória, mas também focam as transferências, as mobilizações, as técnicas de relaxamento e treino de marcha como fundamentais para o doente paliativo não oncológico manter as funções necessárias às suas atividades e vida diária. O que vai de encontro ao que defende a European Stroke Initiative (2003), que se não for possível uma reabilitação ativa, a reabilitação passiva é importante para minimizar o risco de contraturas, dor articular, úlceras de decúbito e pneumonia.

Outro dos achados incide sobre o controlo sintomático e aqui os enfermeiros de reabilitação apontam como intervenções autónomas da sua tomada de decisão, as que influenciam, nomeadamente, o alívio da dor, da dispneia, a prevenção de úlceras de pressão e mesmo o alívio do sofrimento. Há ainda outra área que é referenciada, a palição, como cuidado essencial ao doente paliativo não oncológico, também definido no PNCP (2004), onde está expresso palição como o alívio do sofrimento.

Os enfermeiros do estudo salientam a necessidade de uma avaliação sistemática, exigindo para isso a monitorização dos resultados e tomada de decisão que se evidencia nos registos escritos. O mesmo acontece na avaliação da evolução de sintomas e nas reuniões de enfermagem.

As intervenções são prestadas maioritariamente nos turnos da manhã, se bem que, nos outros turnos, também sejam necessárias. [“Momentos são todos aqueles em que vamos prestar cuidados (...) há sempre um número grande de cuidados, (...) temos que aproveitar todos os momentos para prestar cuidados mais específicos a estes doentes.”] (E4).

As estratégias utilizadas pelos enfermeiros de reabilitação reportam-se a técnicas (cinesiterapia respiratória, técnicas de mobilização e de massagem). O recurso a produtos de apoio revela-se um aspeto importante nesta área de intervenção de enfermagem, embora não seja muito referida. Ainda outra estratégia mencionada pelos enfermeiros do estudo, foi a procura de objetivos comuns, patente quando realmente se envolve o doente nos cuidados ou quando este é chamado a decidir sobre a sua situação de saúde/doença.

Perceção dos enfermeiros de reabilitação relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao doente agudo e ao doente paliativo não oncológico

Relativamente à perceção que os enfermeiros de reabilitação têm sobre os cuidados de enfermagem prestados no âmbito da sua especialidade ao doente agudo e ao doente paliativo não oncológico, sobressai que não existe diferença, principalmente se se considerar que são fases opostas no ciclo da doença. Mas, também é referido que existe diferença nos cuidados prestados no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação e que há vários fatores que contribuem para que essa diferença seja evidente. Sapeta e Lopes (2007) chamam à atenção para os cuidados em fim de vida, no contexto de hospitais de agudos, onde existe uma cultura organizacional associada a uma filosofia centrada no curar e desajustada para estes doentes.

Os enfermeiros salientam a necessidade de maior flexibilidade na execução dos cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico internado num hospital de agudos, mais tempo disponível para estes doentes e maior atenção pela equipa multidisciplinar. Também Sapeta e Lopes (2007) referiam que as *rotinas do serviço* são um constrangimento na prestação de cuidados personalizados a estes doentes, bem como o número de horas necessárias de cuidados. Tendo em conta o nível de dependência e de exigência dos cuidados dos doentes internados, as quais são vistas como mais um impedimento na garantia de qualidade dos cuidados, pois implicam uma gestão adequada do tempo e utilização de técnicas em prejuízo de cuidados específicos a estes doentes e às suas famílias.

Na opinião destes enfermeiros, os cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente em fase aguda apresentam diferenças significativas, pelo facto de este doente ter maior potencialidade de adesão ao regime terapêutico e objetivos de cura, o que vai direccionar mais os cuidados de enfermagem de reabilitação. Como recomendado pela European Stroke Initiative (2003), no caso particular do doente com AVC, a reabilitação precoce vai permitir a redução do número de doentes dependentes com sequelas desta doença.

Perspetiva dos enfermeiros de reabilitação relativamente à sensibilidade da organização/instituição para os cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico

Na perspetiva dos enfermeiros de reabilitação não há sensibilidade da organização/instituição para os cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico, uma vez que os enfermeiros do estudo entendem que há um subaproveitamento de recursos humanos com formação específica pós graduada em cuidados paliativos. Neste sentido, seria uma mais valia para os doentes em fase paliativa e para a gestão dos cuidados a prestar a esses doentes no seio das equipas multidisciplinares. Também manifestam que existe insensibilidade por parte da equipa multidisciplinar para os cuidados de enfermagem de reabilitação e défices de recursos para atender aos doentes paliativos internados em hospitais de agudos. Por sua vez Luís, Barros, Olazabel, Caneira e Castanheira (2003) defendem que muito de positivo se alcançou na qualidade dos cuidados prestados e os enfermeiros de reabilitação foram e são um marco importante.

Visibilidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação

Quatro dos enfermeiros entrevistados referem que existe valorização do papel do Enfermeiro de Reabilitação, mas três deles referem existir desvalorização, no entanto, também é importante referir que dois enfermeiros apontam desconhecimento da equipa multidisciplinar do papel do Enfermeiro de Reabilitação. A Ordem dos Enfermeiros (2011) realça no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação que esta especialidade foi sendo reconhecida pela sua influência na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, pois baseia-se no conceito de cuidar valorizando a funcionalidade.

Perspetiva dos enfermeiros de reabilitação relativamente à comunicação estabelecida entre pares

A comunicação está na natureza do ser humano e deste modo também na natureza dos cuidados de enfermagem, pois baseiam-se num processo de relações interpessoais, que, para Collière (1989), resulta da interação entre duas ou mais pessoas.

Comunicar foi desde sempre um instrumento imprescindível nas relações, uma comunicação não eficiente pode prejudicar a eficácia dos nossos cuidados e comprometer o trabalho de uma equipa. Os enfermeiros deste estudo referem que a comunicação

estabelecida entre pares é efetiva, evidenciando que *há articulação e partilha de informação* fundamental para o sedimentar de uma boa relação profissional, o que vai de encontro ao que referem os autores, Littlejohn (1988), Fachada (1998), Kovács (2006) e Pereira (2008).

Sabe-se, também pela prática dos cuidados, que cada vez mais o doente se quer responsabilizar pelas suas decisões, esperando dos técnicos informações necessárias para o ajudar nessas mesmas decisões, especificamente em cuidados paliativos.

Dificuldades experienciadas pelos enfermeiros de reabilitação no cuidar do doente paliativo não oncológico

Os enfermeiros de reabilitação deste estudo experienciaram algumas dificuldades inerentes ao complexo processo de cuidar do doente paliativo não oncológico. Apurou-se como dificuldade prioritária a *distribuição de doentes com diversas tipologias* e, em segundo e terceiro lugar, as dificuldades na *avaliação de cuidados* e *gerir emoções/sentimentos*, respetivamente.

Quatro dos enfermeiros de reabilitação dizem sentir dificuldades ao nível da *distribuição de doentes com diversas tipologias*, o que lhes retira a possibilidade da prestação de cuidados específicos de reabilitação dirigida aos doentes paliativos não oncológicos ao nível da avaliação das limitações da mobilidade e, consequentemente, na intervenção de medidas de promoção de capacidades adaptativas, de reeducação das limitações provocadas pelas alterações da mobilidade e de controlo sintomático.

A *avaliação dos cuidados* é uma das dificuldades apontadas por dois (2) dos enfermeiros entrevistados. Cerqueira (2010) refere, no seu estudo, que a avaliação dos cuidados reflete uma tendência tecnicista, o que, face às necessidades de cuidados do doente paliativo não oncológico, se constitui um constrangimento.

Ainda relacionado com a mesma categoria surge a dificuldade apresentada por um (1) enfermeiro que se prende com questões de *gerir emoções/sentimentos* perante o cuidar do doente paliativo não oncológico. Esta dificuldade é entendida como falta de apoio emocional, que por si só tem inerente uma variedade de emoções e sentimentos. Neto (2004) sustenta que o trabalho em equipa e a formação profissional, nos cuidados paliativos, são imprescindíveis na prevenção do *burnout*. Torna-se por isso necessário um suporte emocional adequado aos enfermeiros, que estabelecem uma relação profunda com esta área do cuidar, de forma a vivenciarem estes espaços temporais numa atitude de

partilha e gestão emocional eficaz, como defendem (Frias 2010) e Cerqueira (2010) neste âmbito.

Sugestões para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico

Os enfermeiros deste estudo apresentaram algumas sugestões com a intenção de contribuírem para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico.

A inclusão de *equipas de reabilitação* é sugerida por mais de metade, cinco (5) dos enfermeiros de reabilitação, que consideram que estes cuidados são promotores da excelência dos cuidados, na medida em que podem melhorar a qualidade de vidas dos doentes paliativos não oncológicos.

Enfermeiros com formação em cuidados paliativos surge em segundo lugar como sugestão e vai de encontro ao que Cerqueira (2010) diz sobre a importância da formação diferenciada dos enfermeiros que cuidam de doentes em cuidados paliativos viabilizando a filosofia destes cuidados. Também Neto (2004) defende que os cuidados paliativos requerem formação e treino específico para os profissionais que prestam cuidados nesta área.

Consensos sobre olhar do doente paliativo não oncológico foi mencionado por quatro (4) dos enfermeiros de reabilitação, como o despertar de consciências onde o controlo de sintomas, a promoção de cuidados de conforto e da qualidade de vida destes doentes é imprescindível. Como preconiza Neto (2006) devem existir programas de consensos com recomendações sobre a prática clínica e organizativa dos cuidados paliativos, os quais devem ser entendidos como cuidados que visam a redução do sofrimento do doente e suas famílias e promotores da máxima qualidade de vida, encarando a morte como um processo natural.

Esta sugestão é dada por enfermeiros integrados numa equipa de cuidados, onde elementos dessa equipa continuam a ter atitudes de obstinação e encarniçamento terapêutico investido junto dos doentes em fase paliativa, na tentativa de cura.

Promover o empoderamento do doente é sugerido por um enfermeiro (1), que considera que se deve proporcionar ao doente um conjunto de medidas que o ajudem a tomar decisões esclarecidas sobre o seu processo de doença, isto é, envolver o doente paliativo não oncológico nos cuidados, como fundamenta Cerqueira (2010) no seu estudo.

7. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

O marco teórico, a metodologia adotada e a experiência profissional da investigadora orientou para o desenvolvimento da temática agora em estudo, pois constatava que muitas vezes os doentes paliativos não oncológicos chegavam aos serviços de internamento hospitalar de agudos com um determinado *rótulo*, isto é, sem potencial de recuperação e, após algum investimento de enfermagem de reabilitação, o doente acabava por conseguir alguma mobilidade, nomeadamente nas atividades de vida diária, e que se traduzia em ganhos em saúde.

Cuidar do doente paliativo não oncológico emerge neste estudo sob dois enfoques: o cuidado biomédico e o cuidado centrado numa abordagem humanística, reconhecendo que o doente paliativo tem necessidades biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais. Neste sentido, o papel do enfermeiro de reabilitação deve ser expressivo no empoderamento do doente paliativo não oncológico.

Verificou-se que os cuidados de enfermagem de reabilitação são promotores de autonomia, especificamente ao nível das atividades de vida diária. São preponderantes para a qualidade de vida das pessoas em cuidados paliativos, que de alguma forma tenham sua mobilidade comprometida. Se, por vezes, se considerou que o conceito de reabilitação é contraditório nos cuidados paliativos, este estudo comprova que a filosofia dos cuidados paliativos e enfermagem de reabilitação convergem nos objetivos estabelecidos. Salienta-se que os cuidados de enfermagem de reabilitação são um processo contínuo de respostas, de modo a respeitar o processo de evolução da doença da pessoa e as suas necessidades.

Neste sentido, apresentam-se algumas conclusões que aglutinam aspetos mais comuns ou que adquiriam maior expressividade no decurso do estudo.

1º - Dada a complexidade clínica apresentada por estes doentes, a tomada de decisão dos enfermeiros é fundamental para reduzir o impacto provocado pelas limitações da mobilidade e no controlo de sintomas. Como tal, a reabilitação integrada nos cuidados paliativos é um processo para conservar, desenvolver ou restabelecer capacidades do doente paliativo não oncológico, impedindo assim, a perda da dignidade humana, pelo que exige um cuidar sistemático e multidimensional.

2º - Tornou-se evidente pela análise dos dados que a avaliação dos resultados dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação está patente nos registos escritos e focalizam-se na avaliação inicial, no planeamento e na prescrição de intervenções.

3º - Verificou-se que este grupo profissional intervém junto destes doentes essencialmente no turno da manhã, embora reconheçam que os cuidados de reabilitação num doente paliativo não oncológico devam ser prestados durante as 24 horas.

4º - O conceito de doente paliativo não oncológico centra-se num doente com prognóstico de vida limitado, com diversas patologias, em sofrimento e que necessita de cuidados de enfermagem de reabilitação.

5º - Os cuidados hospitalares de agudos, e mais especificamente os prestados nos serviços de medicina, devem promover cuidados que proporcionem alívio do sofrimento dos doentes paliativos não oncológicos, não descurando os cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, pois ao contrário dos cuidados curativos, a reabilitação não se centra no prolongamento da vida, mas sim numa melhoria da qualidade de vida destes doentes.

6º - A diferença entre a reabilitação e a palição pode ser explicada no facto de que a reabilitação tenta restabelecer a função, enquanto que palição se centra do alívio dos sintomas.

7º - Neste contexto, os enfermeiros de reabilitação estão recetivos para um cuidar do doente paliativo não oncológico com alterações da mobilidade. Estas alterações centram-se na preservação de funções que o doente ainda tem otimizadas e no evitar de complicações.

8º - O Enfermeiro especialista de reabilitação tem conhecimentos e a sensibilidade para executar ações que permitam evitar as complicações da imobilidade (mobilização poli segmentar, posicionamentos, transferências, treino equilíbrio, correção postural, se o doente tiver alguma capacidade de marcha, o treino de marcha e algumas manobras de cinesiterapia respiratória). Estas intervenções de reabilitação ajudam a melhorar a *capacidade* respiratória destes doentes e são sem dúvida essenciais no cuidar integral do doente paliativo não oncológico internado num serviço de medicina de um hospital de agudos.

9º - Também através de ações de educação para a saúde, se promove a autonomia, quer ao doente quer à própria família.

Considera-se, portanto, que o papel destes enfermeiros é importante no sentido que contribuem para limitar as incapacidades, minimizar o sofrimento e promover a adaptação à família. No entanto, fica realçado através deste estudo que os enfermeiros de reabilitação analisam as necessidades do doente sobretudo na dimensão biológica, colocando em segundo plano as necessidades espirituais, emocionais e culturais. Este facto coloca à formação o desafio de preparar os futuros enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação para o cuidado integral garantindo, assim, ao doente paliativo não oncológico cuidados de qualidade.

Pode assim afirmar-se, que a visibilidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao doente paliativo não oncológico num serviço de medicina de um hospital de agudos requer um trabalho de reconhecimento das práticas clínicas, por parte dos pares e da equipa multidisciplinar. A sensibilização da organização para o papel do enfermeiro de reabilitação em cuidados paliativos é fundamental para a obtenção de ganhos em saúde. A dotação das unidades de saúde com um rácio de recursos humanos é também primordial para a individualização dos cuidados ao doente paliativo não oncológico, no atendimento das suas necessidades e na resolução dos seus problemas de saúde.

A comunicação constitui-se um pilar estratégico na essência do cuidar do outro, enquanto processo de partilha de informação. É uma estratégia terapêutica de intervenção no alívio do sofrimento. Assim, as relações interpessoais devem ser valorizadas como um dos aspetos que contribui para a qualidade dos cuidados.

Para além do doente e da sua família, também os profissionais devem ser alvo de cuidados, nesse sentido, é necessário proporcionar aos enfermeiros medidas de escuta e partilha das suas experiências, de gestão das suas emoções e sentimentos, para poderem cuidar do outro.

Implicações do estudo

O presente estudo procurou obter mais valias para o desenvolvimento de uma política de qualidade e com isso contribuir para a melhoria dos cuidados. Assim, ao nível das instituições hospitalares de agudos, devem delinear-se planos de intervenção, onde o enfermeiro de reabilitação integre a equipa multidisciplinar, com funções perfeitamente definidas, numa perspetiva de ajuda ao doente paliativo não oncológico a gerir a sua

doença, promovendo a sua adaptação às limitações, bem como proporcionando um acompanhamento a estes doentes e sua família.

Ao nível da formação especializada deve incluir-se no plano de estudo o papel do enfermeiro de reabilitação no cuidar do doente paliativo, e em particular no não oncológico, de forma a desenvolver competências que permitam cuidados seguros à pessoa em cuidados paliativos.

A necessidade de promoção dos cuidados paliativos não passa só pela formação ou pela investigação, mas sim por ações concertadas que difundam a filosofia dos cuidados paliativos, que promovam a reflexão junto dos profissionais de saúde e que provoquem mudanças nas atitudes, quer dos produtores de cuidados, quer dos consumidores dos mesmos, numa relação da organização ou serviço com o exterior.

O marketing em cuidados paliativos não é mais que um processo estratégico contínuo, com definição de objetivos claros e concretizáveis, após o conhecimento da população a quem estes se dirigem. Serão as habilidades pessoais, de cada técnico, com destaque para o *saber ser e saber fazer* que se tornam realmente importantes na produção de cuidados, sejam de enfermagem, médicos, sociais ou de outro técnico da equipa multidisciplinar.

A inclusão de equipas intra hospitalares de suporte em cuidados paliativos, tal como já está definido em lei, seria uma mais valia no apoio que podem proporcionar a estes profissionais que cuidam de doentes paliativos não oncológicos em serviços de medicina. Além de que está demonstrado internacionalmente que estas equipas podem ter um grande impacto na qualidade dos cuidados e, também, na sensibilização de outros técnicos para a importância dos cuidados paliativos.

Quando se iniciou este estudo de investigação, tinha-se consciência das dificuldades que se poderiam encontrar, devido à complexidade da temática em estudo e à in experiência da investigadora na realização de estudos de investigação. A escassez de tempo para a sua realização, face a constrangimentos de ordem pessoal, que sucederam durante o estudo, bem como, a escassez de trabalhos de investigação na área dificultaram o processo de investigação.

Considera-se que a importância dos resultados obtidos são pertinentes, contribuindo para compreender as implicações dos cuidados de enfermagem de reabilitação na mobilidade do doente paliativo não oncológico, na perspetiva dos enfermeiros de reabilitação, num serviço de medicina de um hospital de agudos, assumindo-se como foco

de reflexão para atitudes ajustadas nas práticas de cuidados em contexto paliativo, mesmo não sendo possível efetuar generalizações, uma vez que só dizem respeito à população em estudo.

Uma vez que trabalhos de investigação que têm como alvo os cuidados de enfermagem de reabilitação na mobilidade do doente paliativo não oncológico são escassos, espera-se que este estudo se constitua como ponto de partida para a realização de outros estudos de investigação nesta área. Que sirva ainda para sensibilizar os profissionais de saúde para a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico, tornando-os visíveis ao olhar de quem deles necessita.

Expressa-se que foi gratificante realizar este estudo de investigação pelos momentos ricos de aprendizagem que em muito contribuíram para o desenvolvimento profissional e pessoal, enquanto pessoa que cuida pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, [APCP], (2006). *Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: Critérios de Qualidade para Unidades de cuidados paliativos* [versão eletrónica pdf]. Obtido em 10 de Março de 2013: <http://www.apcp.com.pt/diretivasrecomendaesapcp/crit-rios-de-qualidade-para-unidades-de-cuidados-paliativos.html>
- Barbosa, A. & Neto, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Barbosa, A. (2006). Sofrimento. Em: A. Barbosa & I.G. Neto (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 397 - 417). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bernardo, A. M. C. S. (2005). *Avaliação de Sintomas em Cuidados Paliativos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina - Universidade de Lisboa: Lisboa, Portugal.
- Bernardo, A. M. C. S. (2006). Trabalho em Equipa. Em: A. Barbosa & I.G. Neto (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp.463 - 473). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Braga, R.J.V.A. (2009). *Influência dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Controlo da Dispneia em cuidados Paliativos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina - Universidade de Lisboa: Lisboa, Portugal.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento.
- Castro, C. M. V. (2007). *Representações Sociais dos Enfermeiros face ao Idoso em contexto de prestação de cuidados*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta: Lisboa, Portugal.
- Cerqueira, M. M. A. (2005). *O Cuidador e o Doente Paliativo: Análise das Necessidades/Dificuldades do Cuidador para Cuidar do Doente Paliativo no Domicílio*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Cerqueira, M. M. A. (2010). *A pessoa em fim de vida e família. O processo de cuidados face ao Sofrimento*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina - Universidade de Lisboa: Lisboa, Portugal.

Circular Normativa Nº. 14/DGCG de 13 de Julho de 2004 (2004). Dispõe sobre o Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Direção Geral da Saúde, Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Lisboa.

Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Damaia: Printimpo – Industrias Gráficas, Lda.

Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.

Costa, A. (2009). APRENDER A CUIDAR: Consonâncias e dissonâncias de um binómio desafiante. [versão eletrónica pdf]. Obtido em 2 de Outubro de 2012. Retirado de: <http://ice-mac.org/pdf/colectanea/4.pdf>.

Costa, A.C.A.S. (2011). *Os enfermeiros e as representações sociais sobre o envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada. “não esperamos uma resposta, fazemos”*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Nova de Lisboa: Lisboa, Portugal.

Dominicé, P., Favario, C. & Lataillade, L. (2000). *La Pratique Des Infirmières Spécialistes Cliniques. Identifier des Savoirs Spécifiques*. Paris : Seli Arslan

European Stroke Initiative, [EUSI], (2003). *Recomendações: AVC Isquémico Profilaxia e Tratamento*. Acedido em [versão eletrónica pdf]. Obtido em 4 de Março de 2013: http://www.eso-stroke.org/pdf/EUSI_recommendations_flyer_portugal.pdf.

Fachada, M. O. (1998). *Psicologia das relações interpessoais*. Vol. 1, 2ª Edição. Lisboa: Edições Rumo.

Fortin, M.F. (2009). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. 5ª Edição. Loures: Lusociência.

Frias, C. F. C. (2008). O Enfermeiro com a Pessoa em fim de vida na Construção do Cuidar. *Revista Referência. II Série (6)*, pp. 57-67.

Frias, C. F. C. (2010). *Processo de Construção de Cuidados Enfermeiro/Pessoa em Fim de Vida: Encontro de Corpos*. Tese de Doutoramento, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Universidade de Lisboa: Lisboa, Portugal.

- Gauthier, B. (2003). *Investigação Social, da Problemática à Colheita de Dados*. 3ª Edição. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Gomes, B. P. (2008). *Enfermagem de Reabilitação um contributo para a satisfação do utente*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto: Porto, Portugal.
- Gonçalves, J.A.S.F. (2002). *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. 1ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Guarda, H., Galvão C. & Gonçalves M.J. (2006). Apoio à família. Em: A. Barbosa & I.G. Neto (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 453 - 461). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Hébert, M. L., Goyette, G. & Boutin, G. (1994). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Editipo, Lda.
- Henderson, V. (1994). *La naturaleza de la enfermería. Una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. Reflexiones 25 años después*. Madrid: McGraw-hill – Interamericana de España, S.A.
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação - Aplicação e Processo*. 2ª Edição. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Instituto Nacional de Estatística, [INE], (2012). *Censos - Resultados definitivos: Portugal – 2011*, [versão eletrónica pdf]. Obtido em 23 de Março de 2013: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554
- Kottke, F.J., Stillwell, G. K. & Lehmann, J.F. (1986). *Krusen: Tratado de Medicina Física e Reabilitação*. 3ª Edição. São Paulo: Editora Manole Lda.
- Kottow, M.H. (2003, Oct.). The vulnerable and the susceptible. *Bioethics*, 17 (5-6), pp. 460-71. Obtido em 10 de Março de 2013: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14959710>.

- Kovács, M. J. (2006). Comunicação em Cuidados Paliativos. Em: D. Cruz, D. Mota & C. Pimenta (Eds.). *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia* (pp. 86 - 102). São Paulo: Tamboré - Manole.
- Kralik, D., Kock, T. & Eastwood. S. (2003, April). The salience of the body: transition in sexual self-identity for women living with multiple sclerosis. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (1), pp. 11-20.
- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. (5 de setembro de 2012). Cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos. Diário da República, 1ª. Série - Nº 172.
- Littlejohn, S. W. (1988). *Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara S.A.
- Luís, M.L.S, Barros, I.M., Olazabel, M. & Caneira, J. (2003, Junho). História de enfermagem de reabilitação (Portugal). *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 9, pp. 12-13.
- Maia, C. M. L. (1995). *Representações Sociais sobre as funções que os enfermeiros de um hospital distrital desempenham*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas, Departamento de Ciências da Vida e da Saúde - Universidade Católica Portuguesa: Lisboa, Portugal.
- Marques, A. L. & Neto, I. G. (2003). *Dor e Cuidados Paliativos*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Montagnini, M., Lodhi M. & Born, W. (2003, February). The Utilization of Physical Therapy in a Palliative Care Unit. *Journal of Palliative Medicine*. 1 (6), pp. 11-17. Obtido em 16 de Fevereiro de 2013: <http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/90493/jpm-2E2010-2E0125.pdf;jsessionid=68050A044073B999024B67A86F223973?sequence=1>.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, pp. 68-74.

Neto, I. G. (2006). Princípios e Filosofia dos Cuidados paliativos. Em: A. Barbosa & I.G. Neto (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 17 – 52). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Neto, I.G. (2004). Para além dos sintomas: A dignidade e o sentido da vida na prática dos cuidados paliativos. Em: I.G. Neto, H. Aitken & T. Paldrön (Eds.). *A dignidade e o sentido da vida – Uma reflexão sobre a nossa existência* (pp. 11 - 49). 1ª Edição. Cascais: Pergaminho, Lda.

Neto, I.G., Aitken, H. & Paldrön, T. (2004). *A dignidade e o sentido da vida – Uma reflexão sobre a nossa existência*. 1ª Edição. Cascais: Pergaminho, Lda.

Neto, I.G. (Setembro, 2005). Dia Mundial dos Cuidados Paliativos 8 de Março de 2005. *Revista da Ordem dos Médicos*, 60 (21), pp. 24-29.

Neves, S. (2010). *O Rosto Social Da Morte: As Representações Sociais da Morte no Doente Paliativo*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa: Lisboa, Portugal.

Ordem dos Enfermeiros, [OE], (2006). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE)*. Versão 1.0. Versão oficial em Português. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pereira, M. A. G. (2008). *Comunicação de Más Notícias em Saúde e Gestão do Luto*. Coimbra: Formasau- Formação e Saúde, Lda.

Pereira, M. A. G. (Out./Jan., 2004). A Verdade e a Esperança na Comunicação de Más Notícias em Saúde – Opiniões e Perspectivas. *Enfermagem Oncológica*, 28 e 29, pp. 34-39.

Pessini, L. (2001). *Distanásia: Até Quando Prolongar a Vida?*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures. Lusociência.

Pimentel, F.L. (2004). *Qualidade de Vida em Oncologia*. Lisboa: Permanyer Portugal.

- Poirier-Mailloux, D. & Berger, L. (1995). *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Polit, D. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artes Medicas.
- Prévost, A. M. (1992). Corps objet/corps sujet. *Univers de la profession infirmière 1*, Lyon: Presses de Lutèce, pp. 55-72.
- Querido, A, Salazar, H & Neto, I. (2006). Comunicação. Em: A. Barbosa & I.G. Neto (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 357 - 378). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Querido, A. I. F. (2005). *A Esperança Em Cuidados Paliativos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa: Lisboa, Portugal.
- Quintana, A. M. & Kegler, P. (2006). Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. *Jornal PAIDÉIA*, 16 (35), pp.415-25. Obtido em 11 de Novembro de 2012: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n35/v16n35a12.pdf>.
- Quivy, R. & Champenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª Edição. Lisboa: Gradiva.
- Regulamento nº 125/2011. (18 de Fevereiro de 2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República 2ª. Série - Nº 35: Ordem dos Enfermeiros.
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 2ª Edição. Oliveira de Azeméis: Legis Editora.
- Roper, N., Logan, W.W. & Tierney, A.J. (1995). *Modelo de enfermagem*. 3ª Edição. Alfragide: Editora McGraw Hill de Portugal.
- Royal College of Physicians, National Council for Palliative Care, British Society of Rehabilitation Medicine, [RPCP], (2008). Long-term neurological conditions: management at the interface between neurology, rehabilitation and palliative care. *Concise Guidance to Good Practice series, 10*. London: RCP [versão eletrónica pdf]. Obtido em 16 de Fevereiro de 2013: <http://bookshop.rcplondon.ac.uk/contents/55a60dba-3ba6-429c-8d2d-b1f178513b2b.pdf>.

Salazar, H. (2003). A Natureza do Sofrimento em Cuidados Paliativos. Em: A. L. Marques & I. G. Neto. *Dor e Cuidados Paliativos* (pp. 9 - 14). Lisboa: Permanyer, Portugal.

Sanchez, M. A. S. (2000). A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. *Revista Textos sobre Envelhecimento*, 3, pp. 35-54. Obtido em 20 de Dezembro de 2012: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000100004&lng=pt&nrm=iso.

Sapeta, A. P. G. A. (1997). *A família face ao doente terminal hospitalizado - o caso particular do HAL*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora: Évora, Portugal.

Sapeta, P. & Lopes, M. (2007, junho). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente. *Revista Referência. II Série*, 4, pp. 35 – 58.

Sevalho, G. (1993) – Uma abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença. *Cadernos Saúde Publica. Rio de Janeiro*. 9 (3), pp. 349-363. Obtido em 11 de Março de 2013: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v9n3/22.pdf>.

Silva, M. J. F. N. (2011). *Cuidados Paliativos: caracterização assistencial e identificação de necessidades num serviço de medicina interna*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina - Universidade de Lisboa: Lisboa, Portugal.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos, [Secpal], (n/d). *Guia de Cuidados Paliativos*. [versão eletrónica pdf]. Obtido em 20 de Dezembro de 2012: <http://www.secpal.com/guiacp/>

Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos, [SFAP], (1999). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos: “Cuidar”: ética e práticas*. Lusociência. Loures.

Streubert, H. & Carpenter, H. (2000). *Investigação Qualitativa em Enfermagem, Avançando o imperativo Humanista*. Loures: Editora Lusociência.

Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, [UMCCI], (2010). Dispõe o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, proposta de revisão (2010) [versão eletrónica

pdf]. Obtido em 10 de Julho de 2012: http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/PNCP_REVISAO_19Maio_2010+NotaPrevia.pdf

Vala, J. (2006). Representações Sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. Em: J. Vala & M.B. Monteiro (Eds.). *Psicologia Social* (pp. 457-502). 7.^a Edição Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

FONTES CONSULTADAS

Abiven, M. (1997). *Para uma morte mais humana: experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos*. Loures: Lusociência.

Branco, I. M. (1995). *A Prática Educativa dos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Diferenciados*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto: Porto.

Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). *O Inquérito, Teoria e Prática*. 2ª Edição. Oeiras: Celta Editora Lda.

Leite, V. B. E. & Faro, A. C. M. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 39 (1), pp. 92-96. Obtido em 4 de Março de 2013: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a12v39n1.pdf>.

Lopes, A. J. M. (2004). *A experiência de cuidar a pessoa em fase terminal na perspectiva dos enfermeiros que cuidam dessas pessoas*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto: Porto.

Marques, A. R., et al. (1991). *Reacções emocionais à Doença Grave: Como Lidar*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.

Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família – o doente com AVC*. 1ª Edição. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Menoita, E. C. P. C. (2009). Viver depois de um AVC: contributos da enfermagem de reabilitação. *Sinais Vitais*, 86, pp. 35-40.

Porta, J, Gómez – Batiste, X. & Tuca, A. (2004). *Manual de Control de Sintomas en pacientes com Câncer Avanzado y Terminal*. Madrid: Arán Ediciones.

Theuerkauf, A. (2000). Autocuidado e actividades da vida diária. Em: Hoeman, S. P. (Eds.). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. (pp.173-207). 2ª Edição. Loures: Lusociência.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, [UMCCI], (2010) *Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. [versão eletrónica pdf]. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011 – 2013.

Serviço Nacional de Saúde, Portugal, Lisboa. Obtido em 10 de Dezembro de 2012:
http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf.

ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA



COMISSÃO de ÉTICA

AUTORIZADO
Marta do Céu Faia
Enfermeira Directora
29/12/2012

PARECER da COMISSÃO de ÉTICA

A Comissão de Ética recebeu do C.A. o pedido de parecer, de um projecto de investigação, de Mestrado de Enfermagem, sendo a investigadora, **Maria da Conceição Fernandes Coelho Alves**, Enfermeira, a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem em Cuidados Paliativos, na Escola Superior de Saúde e cujo tema é: **“Os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Mobilidade do Doente Paliativo não Oncológico: Perspetiva do Enfermeiro de Reabilitação”**. Por se encontrar completo, foi pela Comissão dado parecer positivo à realização do referido projecto.

A Comissão de Ética reunida em 17 Dezembro de 2012

Pelo Presidente da C. E.


(Dra. Almerinda Cambão)

APÊNDICES

APÊNDICE A - CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

1ª Fase	Pesquisa e consulta bibliográfica Preparação das condições de acesso ao terreno de pesquisa Entrevistas exploratórias	4º Trimestre de 2012
2ª Fase	Pesquisa e consulta bibliográfica Trabalho de campo e recolha de dados Tratamento e análise dos dados Elaboração e finalização da dissertação	1º Trimestre de 2013
	Entrega da dissertação	Maio 2013

APÊNDICE B - GUIÃO ORIENTADOR DA ENTREVISTA EXPLORATÓRIA

GUIÃO ORIENTADOR DA ENTREVISTA EXPLORATÓRIA

Entrevista nº _____ Data: __/__/2012

Código _____

Os dados recolhidos contribuirão para a realização de um estudo de investigação com o tema “Os cuidados de enfermagem de reabilitação na mobilidade do doente paliativo não oncológico: perspetiva do enfermeiro de reabilitação”.

Temas	Aspetos a abordar	
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> Definir o propósito da entrevista (tema, objetivos e finalidade da investigação); Pedir autorização para a participação no estudo e para a gravação da entrevista com base no Consentimento Informado; Informar o participante que será contactado novamente para validação do conteúdo da entrevista. 	
Caraterização do entrevistado Questionário sociodemográfico	<ul style="list-style-type: none"> Idade 23 – 30 31 – 40 41 – 50 > 50 Sexo F M 	<ul style="list-style-type: none"> Categoria profissional Enfermeiro, desde __/__/__ Enf. com especialidade, desde __/__/__ Há quantos anos trabalha como enfermeiro especialista de reabilitação _____ Há quantos anos trabalha no serviço de Medicina _____ Tem formação em cuidados paliativos? Não Sim De que tipo? Mestrado Pós Graduação Formação em serviço Ações de formação Outro, especifique _____

<p>1 - Identificar os cuidados de enfermagem de reabilitação que influenciam a mobilidade do doente paliativo não oncológico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O que é para si doente paliativo? • De que forma os cuidados de enfermagem de reabilitação influenciam a mobilidade do doente paliativo não oncológico? • Quais os cuidados de enfermagem de reabilitação que influenciam a mobilidade do doente paliativo não oncológico? • Quando são prestados esses cuidados? • Como são prestados? • Porque são prestados? • Qual a diferença entre os cuidados prestados ao doente paliativo não oncológico e a outro tipo de doente? • Na sua opinião os enfermeiros de reabilitação estão motivados para a reabilitação da mobilidade do doente paliativo não oncológico? Justifique.
<p>2 - Identificar o significado atribuído pelos enfermeiros de reabilitação às práticas em doentes paliativos não oncológicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O que pensa sobre as práticas dos enfermeiros de reabilitação ao doente paliativo não oncológico? • Na sua opinião qual é a finalidade das práticas de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico? • São avaliados os cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico? • Se sim, de que forma são avaliados os cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico? • Quando e como são avaliados estes cuidados? • Como? • Há trocas de opinião sobre os cuidados de enfermagem de reabilitação que são prestados aos doentes paliativos não oncológicos, entre os elementos da equipa de enfermagem que cuidam de doentes paliativos não oncológicos? • Onde? • Quando?
<p>Fecho da entrevista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Resumir aspetos essenciais abordados durante a entrevista; • Agradecer a colaboração no estudo; • Providenciar um provável novo contacto para clarificar ideias ou validar a entrevista.
<p>Notas: tempo previsto da entrevista (não exceder uma hora)</p>	

APÊNDICE C – TRANSCRIÇÃO DA 1ª ENTREVISTA EXPLORATÓRIA

REGISTO DE ENTREVISTA EXPLORATÓRIA REALIZADA À ENFERMEIRA CHEFE

1ª Entrevista exploratória (código EE1)

Caraterização do entrevistado:

Idade: 41 – 50

Sexo – F

Categoria profissional:

Enfermeira, desde 1989

Enf. com especialidade, desde -1980

Há quantos anos trabalha como enfermeiro especialista de reabilitação - 1995

Há quantos anos trabalha no serviço de Medicina - 17 anos

Tem formação em cuidados paliativos?

Ações de formação

I

Identificar o significado atribuído pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação às práticas em doentes paliativos não oncológicos

Investigadora: O que pensa sobre as práticas dos enfermeiros de reabilitação ao doente paliativo não oncológico?

EE1 - Considerando que doente paliativo não oncológico será então aquela pessoa que para a qual já não há uma expectativa de reabilitação, propriamente dita, das funções perdidas, não é?. Considerando que realmente a reabilitação neste doente faz todo o sentido. Porque na verdade será uma reabilitação que vai por um lado tentar preservar as funções que o doente ainda tem, otimizadas, por outro lado evitar realmente, a instalação de complicações.

Investigadora: Aí também já estás a responder à segunda questão. Que é na tua opinião qual é a finalidade das práticas de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico?

EE1 – Ainda, se calhar então, acrescentava em relação à primeira pergunta, não tenho dúvidas que realmente estas práticas irão contribuir para a qualidade de vida da pessoa que está nesta etapa da sua vida. Por outro lado, muitas vezes aquilo que até nos apercebemos, de como dizia há pouco, apesar de não ter muita experiência, muitas vezes são doentes que nós recebemos sem potencial, com determinados status já pré estabelecido. E que muitas vezes depois de nós investirmos, quer nos autocuidados, mobilizações, levantes, aquele doente acaba por adquirir alguma autonomia, em algumas AVD's.

Investigadora: Que lhe dá alguma qualidade e por outro lado à família... é benéfico que não seja tão dependente.

EE1 - Eu estava a dizer isto, até porque muitas vezes, é interessante realmente a forma como nós recebemos o doente com determinado rótulo, mas se houver este investimento em termos de reabilitação, que no fundo, muitas vezes não é mais nem menos, que acompanhar o doente no dia a dia e nos autocuidados, ele acaba por ter alguma recuperação, e isto é sem dúvida reabilitação.

Investigadora: São avaliados os cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico?

Investigadora: Se sim, de que forma são avaliados os cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico?

EE1 - Nesta perspetiva penso que sim. Eu não tenho propriamente a experiência destes cuidados, assim chamados, prestados pelo enfermeiro de reabilitação. Nos serviços por onde eu tenho passado, o enfermeiro de reabilitação é normalmente utilizado ou potenciado mais para os doentes

com algum prognóstico favorável em termos de reabilitação. Estes cuidados acabam por ficar muito mais a cargo do enfermeiro generalista do que até propriamente dos enfermeiros de reabilitação.

Mas de uma forma geral, não sei se também tem interesse esta perspetiva, a perspetiva do enfermeiro generalista, muitas vezes é o prestador. Este cuidado penso que existe, até por aquilo que dizia há pouco, realmente até quando o enfermeiro generalista levantou o doente, e o doente até faz carga e até deu alguns passos, na passagem de turno esta informação é transmitida, portanto há preocupação que isto tenha continuidade nos turnos seguintes.

Investigadora: Esta avaliação é efetuada pelo enfermeiro de reabilitação?

EE1 – Pronto, isso aí era como eu te dizia. Nós não trabalhamos com o modelo em que o enfermeiro de reabilitação esteja de forma algo contínua nestas práticas, portanto esta avaliação não passa por ele. Eu como enfermeira de reabilitação e como Enfermeira Chefe, realmente estando nas passagens de turno e ao contactar com esta informação, realmente tenho a preocupação, muitas vezes nos turnos seguintes, de reforçar estas mensagens. É uma verdade, porque sou enfermeiro de reabilitação mesmo sendo chefe, que muitas vezes, porque eu sei que o doente no dia anterior fez um determinado investimento, no dia seguinte, até se a mensagem se perdeu em termos de informação generalista, vamos lhe chamar assim, muitas vezes realmente aproveito para passar a informação de que o doente ontem fez carga, deu uns passos junto à cama, foi ao chuveiro..., para que realmente haja continuidade, portanto é assim se calhar alguma avaliação fizemos, não aquilo que se calhar deveria ser feito, mas alguma coisa penso que sim.

Investigadora: Quando e como são avaliados estes cuidados?

EE1 - Na minha experiência até mais nas passagens de turno.

Investigadora: Há trocas de opinião sobre os cuidados de enfermagem de reabilitação que são prestados aos doentes paliativos não oncológicos, entre os elementos da equipa de enfermagem que cuidam de doentes paliativos não oncológicos?

Investigadora: Onde?

Investigadora: Quando?

EE1 - A questão é um bocado essa, a equipa não tendo este Enfermeiro de referência, realmente o facto de eu ser enfermeira de reabilitação acabo por assumir um pouco esse papel, o facto de estar diariamente, de 2ª a 6ª feira e de estar nas passagens de turno, garantir alguma desta continuidade. Porque realmente o enfermeiro de reabilitação estando pontualmente, porque há turnos em que ele está, nomeadamente nos turnos da manhã, que serão os turnos em que exploramos um bocadinho mais os autocuidados dos doentes, não é?, mas realmente são turnos pontuais. Isso acontece que o enfermeiro de reabilitação tem essa preocupação, nesse turno, mas depois em termos de continuidade pode perfeitamente perder-se.

Investigadora: Pode o enfermeiro de reabilitação dar orientações ao enfermeiro generalista sobre a continuidade?

EE1 - A continuidade acontece. Sempre que o enfermeiro de reabilitação tem este tipo de doentes há essa preocupação por parte dos colegas especialistas. Mas por outro lado, também não vou dizer que só estes colegas têm esta preocupação. Há vários enfermeiros que sendo generalistas têm esta visão. Não serão todos, mas uma grande parte, ou porque são pessoas que trabalham há muito tempo nas medicinas com esta tipologia de doentes, colegas que trabalham com enfermeiro de reabilitação há algum tempo ou da própria formação profissional, há vários fatores.

II

Identificar os cuidados de enfermagem de reabilitação que influenciam a mobilidade do doente paliativo não oncológico.

Investigadora: O que é para ti doente paliativo?

EE1 - O doente paliativo oncológico neste momento,... tinha ainda aquele conceito dos 6 meses. A perspetiva daquela pessoa sem prognóstico favorável até ao final da sua vida e que pode ser de 6 meses, um ano... ou anos.

Investigadora: De que forma os cuidados enfermagem de reabilitação influenciam a mobilidade do doente paliativo não oncológico?

EE1 - Quando realmente a reabilitação é colocada no âmbito da prestação de cuidados a este tipo de doentes, realmente consegue por um lado manter, muitas vezes determinados autocuidados, porque o doente não tem capacidade para evoluir, nesses, mas consegue-se muitas vezes que o doente ainda tenha alguns ganhos.

E acho que isto em termos de reabilitação, acaba por ser mesmo para nós muito gratificante, porque quantas vezes mesmo até com a família, olhe mas se sentar devidamente e puser a comer ele até come sozinho, portanto dá outra autonomia, quer ao doente, quer à própria família.

Investigadora: Sim, mas aqui o enfoque da nossa questão é mesmo a mobilidade, portanto a atuação do enfermeiro de reabilitação na mobilidade do doente

EE1 - A minha experiência aqui o que me diz, é que quando o enfermeiro de reabilitação acaba por ficar com este tipo de doentes, se calhar a especificidade nomeadamente da mobilização articular, acaba por não ser concretizada, porque no fundo o enfermeiro de reabilitação acaba por ter muitas vezes a mesma carga de horas de cuidados que tem o outro colega generalista. E portanto ele no fundo acaba por ter tempo disponível para os cuidados que costumamos considerar básicos.

Investigadora: Mas faz sentido que existam enfermeiro de reabilitação nas equipas para cuidados a estes doentes?

EE1 – Há sentido sem dúvida. Claro que sim, acho que faz sentido haver ER, mas também faz sentido haver indicadores que nos permitam de forma mais ou menos objetiva, para podermos responder aos nossos colegas e para podermos responder às nossas chefias, porque é que aquele enfermeiro de reabilitação se calhar não deve ter mais de 4 doentes e o enfermeiro generalista pode ter 6 ou 7, ou se calhar aquele colega só pode ter 3 doentes, porque a questão é um bocado essa. Claro que a mobilização polissegmentar, os próprios posicionamentos, mas pronto o posicionamento acaba por ser um cuidado geral, qualquer enfermeiro o faz. Agora falando especificamente de mobilizações ou faz o enfermeiro de reabilitação ou ninguém faz. Não é porque as pessoas...enquanto o enfermeiro generalista posiciona sem atenção a pormenores, o especialista tem realmente a obrigatoriedade de fazer um posicionamento, até muitas vezes, neste doente terapêutico, mesmo sendo um doente paliativo, pode não ser um posicionamento, acabam por ser posicionamentos terapêuticos, enquanto que lá está, o enfermeiro generalista acaba por olhar para o posicionamento mais como de conforto do que propriamente terapêutico. O enfermeiro de reabilitação sem dúvida está muito mais, quer dizer tem conhecimentos e tem sensibilidade para fazer um posicionamento que tenha como objetivo precisamente evitar as complicações da imobilidade.

Investigadora: Quais os cuidados de enfermagem de reabilitação que influenciam a mobilidade do doente paliativo não oncológico?

EE1 - Portanto neste caso seria a mobilização poliarticular segmentar, sem dúvida. Seriam os posicionamentos, que se calhar aqui poderia chamar mesmo terapêuticos, também não quer dizer que não possa haver doentes em que não possam ser de conforto, mas nesta perspetiva de evitar complicações. Transferências, o treino equilíbrio, a correção postural também é importante, a correção postural acaba por poder ser na posição de deitado/sentado ou mesmo em pé, se tiver a capacidade de marcha. A própria marcha, a cinesiterapia. Tudo que seja cinesiterapia em termos de melhorar a performance respiratória destes doentes encaixa aqui perfeitamente.

Investigadora: Quando são prestados esses cuidados?

Investigadora: Como são prestados?

Investigadora: Porque são prestados?

EE1 - Aquilo que eu vejo, lá está, a minha perspetiva é sempre um bocado limitada pela realidade do dia a dia, porque se eu te disser onde as pessoas investem mais, sem margem para dúvidas, turno da manhã. Agora houve aí uma altura em que tínhamos um enfermeiro de reabilitação de tarde e o colega de reabilitação dava apoio nos posicionamentos, fazíamos levantar do doente de tarde. No fundo o doente fazia levantar de manhã e de tarde. Portanto realmente não vou dizer que só faz sentido no turno da manhã, não. Na minha experiência é isto que nós conseguimos, mas sem dúvida a tarde também potencia muito estes cuidados, desde que existam recursos, eu estou a limitar-me ao contexto hospitalar.

Investigadora: Qual a diferença entre os cuidados prestados ao doente paliativo não oncológico e a outro tipo de doente?

EE1 - O outro tipo, estamos a falar, por exemplo oncológico.

Investigadora: Não paliativo.

EE1 - Doente em fase aguda.

Investigadora: Sim.

EE1 - Eu penso que a diferença seja exatamente por isto, é quando olhamos para um doente que está numa situação aguda da doença, tudo que lhe fazemos tem sempre como grande objetivo que realmente aquela situação reverta, não é... e que por um estímulo mais precoce possível nós possamos contribuir para isso. Num doente que realmente já tem a sua deficiência ou situação de incapacidade instalada, realmente a nossa postura, é sempre, ou seja, normalmente não pomos como principal objetivo que a pessoa recupere, mesmo às vezes tendo alguma surpresa nessa recuperação, mas é sempre realmente mais no sentido de pelo menos não se instalem complicações e o doente não fique mais incapacitado, dependendo da patologia de base, que também sabemos que há patologias que vão levar a mais incapacidade e então aí ficam mesmo só pela prevenção das complicações.

Investigadora: Na tua opinião os enfermeiros de reabilitação estão motivados para a reabilitação da mobilidade do doente paliativo não oncológico? Justifica.

EE1 - Eu acho que sim, acho que desde que lhes seja dada margem para que eles possam investir nestes doentes, não vou com isto dizer que não possa haver enfermeiros que sintam mais motivados para a reabilitação, mas da minha experiência, do meu contacto com o enfermeiro de reabilitação, acho que a grande dificuldade deles, normalmente, é a escassez de tempo, não é o facto de não terem nem capacidade, nem vontade de investirem neste tipo de doentes.

Pontos importantes da nossa entrevista:

Investigadora: Achas que é importante a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a doentes paliativos não oncológicos.

EE1 – Exatamente.

Investigadora: Achas também que não é só no turno da manhã, mas deveria haver um *continuum* nesta prestação.

EE1 - Hum, hum...

Investigadora: Achas também que o número de enfermeiros de reabilitação é insuficiente para as práticas que são necessárias.

EE1 - É insuficiente, é assim na nossa realidade nem é uma questão de ser suficiente é quase... como utilizar um termo que não seja ambíguo. Aqui no piso 7, nós ainda vamos tendo enfermeiro

de reabilitação, porque temos uma unidade de AVC e como não temos uma equipa específica, as pessoas rodam e pelo menos pontualmente, vamos tendo esta situação, mas acho que os serviços de medicina, pelo menos no nosso hospital, não têm esta... nem esta preocupação, quer dizer não o serviço de medicina não têm que ter enfermeiro de reabilitação. Têm porque as pessoas vão fazendo as suas formações e vão ficando nos serviços e lá está vão tendo competências para intervir e muito bem e vão sendo utilizados nesse contexto...mas o hospital em si, não tem esta preocupação, esta filosofia, se calhar, não é?

Investigadora: O que no fundo acaba por ser uma questão de visibilidade, os cuidados que o enfermeiro de reabilitação presta.

EE1 – Exatamente, neste momento o pouco que os serviços de medicina têm, se calhar é precisamente porque as pessoas foram fazendo estes investimentos a nível pessoal e porque à partida eticamente falando, acabam por prestar cuidados, aplicando os conhecimentos que têm e muito bem, mas acho que as instituições também devem, de certa forma, zelar para que isto seja possível ou deveriam.

Investigadora: Obrigada.

**APÊNDICE D – QUESTÕES ORIENTADORAS PARA A ENTREVISTA AOS
ENFERMEIROS REABILITAÇÃO DE UM HOSPITAL DE AGUDOS**

Guião da entrevista

QUESTÕES ORIENTADORAS PARA A ENTREVISTA AOS ENFERMEIROS REABILITAÇÃO DE UM HOSPITAL DE AGUDOS

Guião da entrevista

- 1 – Que cuidados de enfermagem de reabilitação faz junto do doente paliativo não oncológico e o que entende por doente paliativo?
- 2 – Com que finalidade os presta?
- 3 – Estes cuidados são avaliados?
- 4 – Como monitoriza a evolução dos cuidados (avaliação)?
- 5 – Em que momento são prestados estes cuidados e que estratégias utilizam para os prestar (outros colegas, recursos materiais, fica só com estes doentes)?
- 6 – Há diferenças entre os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados a este tipo de doentes e o doente agudo?
- 7 – Na sua opinião acha que a organização/instituição está sensível para o papel do enfermeiro de reabilitação neste contexto?
- 8 – Os seus pares veem o enfermeiro de reabilitação como fundamental para a obtenção de ganhos em saúde nestes doentes?
- 9 – Que comunicação existe entre os enfermeiros de reabilitação e os generalistas?
Que partilha de informação existe...que relações estabelecem?
- 10 – Que sugestões daria para a melhoria dos cuidados a estes doentes?

APÊNDICE E – TRANSCRIÇÃO DA 2ª ENTREVISTA EXPLORATÓRIA

REGISTO DE ENTREVISTA EXPLORATÓRIA REALIZADA À ENFERMEIRA ESPECIALISTA

2ª Entrevista exploratória (código EE2)

Caraterização do entrevistado:

Idade - 41 – 50

Sexo – F

Categoria profissional:

Enfermeiro, desde - 1990

Enf. com especialidade, desde - 1999

Há quantos anos trabalha como enfermeiro especialista de reabilitação - 1999

Há quantos anos trabalha no serviço de Medicina - trabalha atualmente em Cirurgia

Tem formação em cuidados paliativos?

Ações de formação

Investigadora: Que cuidados de enfermagem de reabilitação fazes junto do doente paliativo não oncológico e o que entendes por doente paliativo?

EE2 - Atendendo à primeira parte, na minha realidade os cuidados de enfermagem de reabilitação junto do doente paliativo são prestados num contexto de intervenção global, como com os outros doentes, porque não existe nenhuma atribuição de cuidados específicos para este grupo de doentes, que não existam para outros, não é?. Portanto e é num contexto que eu presto todos os cuidados a estes doentes, mais os que me são permitidos em contexto de tempo para a reabilitação.

Doente paliativo será um doente que estará numa etapa final de vida ou pelo menos em que se perspetiva que mediante avaliação que é feita no momento, não se prevê que tenha uma esperança de vida muito mais longa, não é? Será isto para mim, num contexto de doença crónica.

Investigadora: Com que finalidade os prestas?

EE2 - A finalidade é promover dentro dum contexto débil geral a melhor qualidade de vida possível, ou seja avaliar aquele doente de uma forma em que para aquela situação seja possível aplicar cuidados, que pelo menos vão prevenir de complicações e que vão degradar a qualidade de vida dele.

Investigadora: Que tipo de cuidados?

EE2 - Os cuidados incluem a reabilitação respiratória, dentro de um padrão que seja adequado à capacidade dele, não é? para se adaptar aos exercícios propostos, não é?, sem que isso lhe vá provocar mais sofrimento, senão também deixa de fazer sentido.

Investigadora: Não há outros cuidados só falas na reabilitação respiratória?

EE2 – Respiratória e motora, a mobilidade pronto, dado que todos conhecemos que as consequências da imobilidade são limitativas em termos da qualidade de vida, portanto ainda degrada mais a qualidade de vida, portanto o efeito é não deixar pelos menos evoluir para pior, não é?, não deixar agravar nem evoluir para pior, porque também perspetivar

melhor às vezes pode não ser uma realidade, não é, têm que ser uma perspetiva de não deixar evoluir ou como complicação ou como agravamento de uma situação consequente a uma imobilidade prolongada.

Investigadora: Estes cuidados são avaliados?

EE2 - Devem ser avaliados numa perspetiva de termos a noção do que estamos a fazer, está a criar algum efeito na qualidade de vida da pessoa, se de facto o que estamos a fazer sentido nesse contexto de que falamos, de qualidade de vida, de qualidade de vida de não agravamento da situação e não aparecimento de mais complicações.

Investigadora: Como monitorizas a evolução dos cuidados (avaliação)?

EE2 - É dessa forma, acho que deve ser periódica pelo menos de semana a semana, ou de 2 vezes por semana, deve-se fazer uma avaliação, porque também não vamos perspetivar num doente destas condições uma evolução muito rápida, ou uma, uma... não vamos perspetivar uma avaliação muito rápida, em termos de ser muito súbita, muito curto prazo, não é, quer dizer terá que ser a médio prazo, não é, duas semanas se calhar seria bom.

Investigadora: Mas esta avaliação não é feita após a prestação de cuidados?

EE2 - Avaliar após a prestação de cuidados, até podem aplicar-se escalas de avaliação e tabelas tudo que estiver validado e que seja viável e enquadrado com a realidade com que estamos a trabalhar, também é importante, às vezes existem escalas que não são enquadradas com a realidade com que estamos a trabalhar.

Investigadora: Em que momento são prestados estes cuidados e que estratégias utilizas para os prestar (outros colegas, recursos materiais, ficas só com estes doentes ou não ficas)?

EE2 - Se calhar o ideal é serem duas vezes por dia, se doente tiver capacidade para esse efeito, porque o benefício é tanto maior quanto maior também, o número de vezes, não quer dizer que seja contínuo, duas vezes por dia, se ele tiver capacidade para tolerar, seria o ideal.

Investigadora: Que estratégias se utilizam?

EE2 - Estratégias... é sempre também com algum envolvimento da família. O envolvimento da família é importante, a proximidade da família e o envolvimento, porque pode haver transitoriamente fim de semana que pode ir passar casa ou pode haver períodos que vai a casa e vem ou até passar a regime de ambulatório, em que a família tem que ter a perceção e não dramatizar ou *stressar* com a forma como depois vai cuidar ou vai promover alguma autonomia, porque depois a família tem alguma tendência em tornar mais dependente, até porque sabe que a fase é o fim, é terminal e é não sei quê, então ainda mais tendência terá para mimar entre aspas, e a criar dependência, que é o que não pretendemos, é que aquela pessoa se tente manter o mais independente possível até conseguir, não é?, preservar a sua independência. Portanto ao maior nível de cuidados de necessidades básicas.

Investigadora: Há diferenças entre os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados a este tipo de doentes e o doente agudo?

EE2 - Claro, num contexto de reabilitação o doente agudo não é, a nossa intervenção não é muito forte, quer dizer porque é muito incisivo no tratamento da fase aguda, não é, não tanto no contexto de reabilitar naquele momento. É quando muito, facilitar com alguns posicionamentos, no caso de um a doença respiratória aguda ou numa doença motora aguda, quer dizer, nem se pode mobilizar, num determinado período, portanto é mais no

sentido de intervir como tratamento da fase aguda, depois uma fase posterior então sim, então a reabilitação na fase aguda não. Nestes doentes faz sentido intervir logo com a reabilitação na perspetiva de não agravar a qualidade de vida e o nível da dependência.

Investigadora: Na sua opinião acha que a organização/instituição está sensível para o papel do enfermeiro de reabilitação neste contexto?

EE2 - Não, não estão nada sensíveis, porque primeiro não estão sensíveis, porque não existe uma redistribuição destes profissionais de forma uniforme e válida e com nexos para satisfazer as necessidades dos serviços, não é?. Depois não é atribuído nenhum papel específico a ninguém. Toda a gente presta cuidados globais e portanto, não se nota nada, não se salienta de nenhuma forma a importância que a instituição dá ao enfermeiro de reabilitação. Depois ainda se confunde muito o enfermeiro de reabilitação com fisioterapeuta, que não faz sentido nenhum, não tem nada a ver e portanto acho que não, a instituição não está sensível para o papel do enfermeiro de reabilitação.

Investigadora: Os teus pares veem o enfermeiro de reabilitação como fundamental para a obtenção de ganhos em saúde nestes doentes?

EE2 - Os nossos pares, ainda não veem muito bem, embora existam profissionais mais sensíveis e outros menos, mas os mais sensíveis procuram no contexto da equipa alguém que realmente tenha esses conhecimentos e pedem opinião e fazem-se aconselhar por essas pessoas, os menos sensíveis tentam criar o maior conflito possível para destabilizar a equipa em geral, e criar ondas negativas, que não têm interesse nenhum, não é, no contexto de utilidade das pessoas que lá estão.

Investigadora: Achas que os nossos colegas não especialistas entendem a reabilitação como fundamental para estes doentes?

EE2 - No fundo as pessoas até reconhecem que sim, quando veem que um doente só estava sentado no cadeirão e passou a andar, até reconhecem que é uma mais valia, pronto, haver algum investimento de tempo, nesse tipo de questões, mas depois, querer dizer, tentando também não, porque tudo isto requer tempo e trabalho e as pessoas muitas vezes não estão disponíveis para isso. E só reconhecem isso depois de verificarem resultados nas pessoas que veem os colegas tratar, não é?. E Depois reconhecem que vale a pena o investimento, mas continuam a achar que não têm que investir, porque não são da área, porque não são, não têm essa formação específica e então os outros é que devem fazer, portanto não lhes compete a eles, acabam por ser os outros que devem fazer.

Investigadora: Nem delegando funções?

EE2 - Mas isso compete à chefia, compete à chefia delegar funções, e se calhar mostrar mais algum, dar mais alguma ênfase a essa problemática e envolver mais a equipa, mesmo em termos de formação em contexto de trabalho e por as pessoas a fazer as coisas com alguma continuidade, porque não adianta nada ter lá um enfermeiro de reabilitação de 3 em 3 dias a fazer alguma coisa. Tem que haver algum processo de continuidade, não quer dizer que as pessoas sejam *pseudo* especialistas, mas que tenham a noção de que se derem continuidade naquele sentido, que o resultado e a eficácia vai ser muito melhor, muito maior. Nem tem que fazer as mesmas coisas, tem que fazer, dar aquela orientação no sentido de continuidade.

Investigadora: Que comunicação existe entre os ER e os generalistas?

Que partilha de informação existe...que relações estabelecem?

EE2 - A comunicação que passa por fazer sentir aos generalistas que a continuidade é extremamente importante e que se não houver esta sensibilidade por parte dos generalistas, de em vez de ser mais cómodo deixar o doente na cama do que fazer o levantar, passar a fazer o levantar diariamente e tentar pôr a andar com andarilho ou desta ou daquela forma, que os resultados vão ser muito melhores, quer dizer... é o criar na pessoa esta sensibilidade e elas depois estarem aderentes, estarem recetivos.

Investigadora: Que sugestões darias para a melhoria dos cuidados a estes doentes?

EE2 - As sugestões para a melhoria dos cuidados a estes doentes passa pela organização, acho eu, porque se... organização institucional, pelo interesse das chefias em delegar cuidados que tenham alguma mais especificidade, não tenham que ser de especialidade ou específicos, mas que envolvam esta continuidade, que é importante e que se deixe de fazer determinadas coisas que não temos nada que fazer, não é exatamente... para passar a fazer o que realmente é importante e útil, para as pessoas que cuidamos, portanto se calhar nós não temos que nos estar a preocupar o que o doente vai ser operado e não tem ECG/análises e andamos a telefonar para aqui ou ali, quando é um pré planeamento de uma cirurgia, por exemplo, e se calhar são 20 ou 30 minutos que temos para levantar e pô-lo no cadeirão ou pô-lo a andar ou levá-lo à casa de banho, ao chuveiro ou levá-lo ao refeitório ou não sei quê, fará toda a diferença, portanto quem monitoriza estes cuidados, quantifica e pede para nós registarmos todos os dias o que andamos a fazer, devia avaliar o que realmente andamos a fazer e, se corresponde ao que está nos computadores e, se de facto devemos fazer coisas diferentes e devemos ter uma orientação diferente, dado que quem toma as decisões e quem tem o poder terá as coisas nas mãos para orientar estas equipas, independentemente de serem especialistas ou não, não é?, portanto no sentido que elas sejam rentáveis dentro de um contexto de utilidade, em que é que são rentáveis, sendo mais úteis e proporcionando melhores cuidados.

É esta a minha opinião.

Investigadora: Obrigada.

**APÊNDICE F - EXEMPLO DA TRANSCRIÇÃO DE UMA ENTREVISTA A UMA
ENFERMEIRADE REABILITAÇÃO**

TRANSCRIÇÃO DE UMA ENTREVISTA REALIZADA A UMA ENFERMEIRA DE REABILITAÇÃO

E4

Idade – 33 Anos, Sexo Feminino

Categoria profissional:

- Enfermeiro, desde 2001; Enf. com especialidade, desde 2009
- Trabalha como enfermeiro especialista de reabilitação - 3 anos
- Trabalha no serviço de Medicina - 10 anos
- Tem formação em cuidados paliativos? - Formação em serviço.

Investigadora: Que cuidados de enfermagem de reabilitação fazes junto do doente paliativo não oncológico e o que entendes por doente paliativo?

E4 – Pronto doente paliativo, posso começar por aí, não? Doente paliativo é aquele doente que já não tem perspetiva de cura, mas tem todo um conjunto, tem todo um conjunto de necessidades de cuidados para manter qualidade de vida, não é?, enquanto há vida, acho que, pronto, são os cuidados que lhe permitem ter uma melhor qualidade de vida, palição do tempo que lhe falta.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo, pronto, é todo o conjunto de cuidados que dê resposta a essas necessidades, desde a hidratação, desde a consciencialização da respiração, por exemplo o doente se acalmar no caso de ter dor, juntar à analgesia e a esse tipo de cuidados, outro tipo de cuidados, que pronto, que nós temos que saber, o posicionamento, um posicionamento mais de conforto, o não levantar, por exemplo se o doente não preferir fazer isso, seja otimizar mais aqueles cuidados para situação do doente e não entrar naquela rotina, pronto, dos doentes que estão aqui para se curar, digamos, penso que, é um bocadinho por aí.

Investigadora: Com que finalidade os prestas?

E4 – Pronto, com a finalidade de lhes dar um maior conforto possível, pondo-nos no lugar do doente e pensando no que poderá precisar, não é?, com a finalidade de lhe dar maior qualidade de vida, não ter dor, não ter sofrimento, penso que é o mais importante, ter conforto.

Investigadora: Estes cuidados são avaliados?

E4 – Sim, são avaliados no sistema de registo, sistema de registo de enfermagem na CIPE e na SAPE e também na passagem de turno, penso que nós falamos bastante sobre isso e mesmo vamos também fazendo uma avaliação com o doente, como se sentiu ou não. Penso que sim, são avaliados.

Investigadora: E como é que monitoriza a evolução dos cuidados (avaliação)?

E4 – Também tem a ver não é com os registos, com a avaliação, pronto falarmos entre equipa, entre nós, com o médico, é isso.

Investigadora: Em que momento são prestados estes cuidados e que estratégias utilizam para os prestar (outros colegas, recursos materiais, ficam só com estes doentes ou não ficam)?

E4 – Momentos são todos aqueles em que vamos prestar cuidados é um serviço de medicina e pronto há sempre um número grande de cuidados, porque estes doentes requisitam e depois há o resto dos outros doentes todos, não é, então temos que aproveitar todos os momentos em que transformamos os cuidados de higiene nesses momentos, os cuidados de alimentação, aproveitar todos os momentos para prestar cuidados mais específicos a estes doentes.

Investigadora: São-vos distribuídos estes doentes?

E4 – Só para nós, para o ER não, neste momento não há diferença, poderia haver, mas neste momento não.

Investigadora: Que diferenças há entre os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados a este tipo de doentes e o doente agudo?

E4 – Pronto, diferenças é que o doente agudo, nós temos aquele objetivo da cura, de o doente vir a, pronto, a adquirir capacidade da função, ou pronto, da respiração, nestes doentes é mais a palição ou seja dar alguma qualidade de vida sem esse objetivo de cura, mas pelo menos tentar minimizar os danos da doença, da dor, da falta de ar, da dispneia.

Investigadora: Achas que há diferenças nos cuidados a prestar?

E4 – Eu acho que sim, há sempre diferença.

Investigadora: Queres especificar melhor?

E4 – Sim, deixa ver. Há diferença porque este tipo de doentes requisitam de nós mais capacidade, também de tempo, de calma, não quero dizer que os outros também não, mas nós temos que fazer às vezes uma pausa e pormo-nos no lugar do doente, mesmo da família, proporcionar-lhes outro tipo de experiências do género, eu pessoalmente, não é?, tenho estratégias, claro que aos outros doentes nós temos aquela rotina que a medicina nos impõe, como trabalhamos em conjunto, estes doentes já não, já opto por perguntar se quer o banho mais lá para o fim da manhã, pronto optamos por essas estratégias de deixar dormir mais a manhã toda, porque como sabes, os outros não, caem um bocadinho vítimas da rotina, mesmo as auxiliares às vezes temos nós que as supervisionar ou orientar, olhe não levante já esse doente, deixe-o dormir, deixe a persiana fechada, pronto, esse tipo de coisas, acho que temos em atenção isso, mudamos a dieta conforme o gosto do doente.

Investigadora: A diferença não é na prestação, mas na forma como são prestados?

E4 – Na forma como os prestamos, o tempo que dedicamos, dentro do que nos é possível.

Investigadora: Na tua opinião achas que a organização/instituição está sensível para o papel do ER neste contexto?

E4 – Acho que não, neste momento acho que não, acho que há já um número considerável de elementos com a especialidade de enfermagem de reabilitação e que não estão a ser aproveitados entre aspas, não é?, o saber, o conhecimento, não está a ser aproveitado, na medida em que nós não ficamos só com este tipo de doentes ou outro tipo de doente que poderiam precisar dos nossos cuidados mais específicos e penso que ao não nos facilitar isso, nós não podemos fazer mais nada, só pedimos que tivéssemos, sei lá, mais tempo ou ficar com este tipo de doentes, ao não nos facilitar isso, acho que é sinal que não estão sensíveis.

Investigadora: Os teus pares veem o enfermeiro de reabilitação como fundamental para a obtenção de ganhos em saúde nestes doentes?

E4 – Prontos, os nosso colegas, como fundamental penso que não, talvez não verão, isto também decorre da insensibilidade, que, não é, que a hierarquia tem, quem está a cima de nós, penso que fundamental não. Às vezes ter uma opinião, de uma avaliação dos défices, de algum cuidado mais específico. Mesmo a este tipo de doentes que a gente possa prestar, mas como fundamental eu penso que não, também porque não estão alerta para isso, ninguém lhes faz ver, nós não conseguirmos prestar esse tipo de cuidados, portanto se calhar, vem daí.

Investigadora: E que comunicação existe entre o ER e o generalista?

E4 – Pronto a comunicação existe, como existe com quem tem, por exemplo formação em cuidados paliativos e os generalistas, que no fundo eles também são generalistas, mas têm uma pós graduação, temos algumas colegas e nós isso comunicamos bastante.

Essa, a comunicação é mais naquele aspeto de uma dúvida, que as pessoas têm numa avaliação vêm nos perguntar, isso vêm.

Investigadora: Há Partilha de informação, há relações que se estabelecem entre os vários elementos?

E4 – Sim, sim há partilha, porque quando temos que levantar, 1 problema a um doente, um fenómeno, não é, fica registado e então aí há um cuidado, pronto, para que fique uma boa informação, até para referenciar doentes pela continuidade de cuidados.

Investigadora: Que sugestões darias para a melhoria dos cuidados a estes doentes?

E4 – Sugestões que eu daria, era a criação de uma unidade de cuidados paliativos...

Investigadora: Mas em relação à prestação de cuidados enfermagem de reabilitação dentro do serviço?

E4 – Sim dentro do serviço, sim pronto dentro do serviço era darem-nos mais oportunidades de nós conseguirmos desenvolver um trabalho mais próximo destes doentes, se calhar, ficarmos mais, sei lá sermos mais, pelo menos mais um elemento por turno, os rácios, aumentarem aos rácios, porque estes doentes, era isso que eu estava a dizer de Cuidados Paliativos, este doentes estão aqui colocados no serviço, junto de doentes agudos, que nem sempre conseguimos dar a privacidade que eles precisam, e à família, por exemplo, ter mais condições físicas, mas também de recursos humanos. Pronto, pelo menos nós gostaríamos de ter um ER para dar apoio a estes doente e a outros doentes, fazemos cuidados gerais, mas termos menos doentes, por exemplo cuidados diferenciados.

Investigadora: Que patologias é que aparecem aqui no serviço de Doentes Paliativos Não Oncológicos?

E4 – Não oncológicos olhe, cardiopatias severas, doentes que nunca quiseram ser operados, não é, velinhos que agora estão com cardiopatias severas, são terminais, não têm um objetivo é a cura. É mesmo só cuidados paliativos, tem nos aparecido, pronto lá está que recusaram.

E depois doentes do foro respiratório, também as silicoses, já tivemos, doenças que foram profissionais e que agora, até em doentes jovens. Sem ser neoplasias é mais isso.

Investigadora: Neurológicos?

E4 - Neurológicos também, doenças desmielinizantes, também aparecem às vezes, pronto é, abarcam um bocadinho de tudo.

Investigadora: Que influência é que tu achas que os cuidados de enfermagem de reabilitação têm na mobilidade destes doentes?

E4 – Eu penso que poderiam ter toda uma influência positiva, não é, em termos de estase de secreções, pronto tudo isso, eu penso que os nossos conhecimentos em termos de cinesiterapia, por exemplo, nós, vem cá um fisioterapeuta, mas pronto é um cuidado ali mais destacado, não é um cuidado integrado, não é, ali um bocadinho destacado, não estou a desvalorizar o trabalho deles, só que eu acho, para mim, na minha lógica devem ser cuidados integrados no todo do doente. Pronto a mobilidade, o fazer o levantar ou não fazer, pronto essa tomada de decisão, penso que nós talvez tenhamos mais sensibilidade, pelo estágio que desenvolvemos e por tudo que aprendemos e que gostaríamos também nós de desenvolver, porque depois às vezes também vamos esquecendo isso para nós também era bom, para nós e também até para motivar outros colegas a tirar a especialidade, que eu acho que num serviço de medicina há muita coisa para fazer nestes doentes e noutros.

E4 – As sugestões, nós também temos feito formação em serviço, temos agora planeado formação por exemplo, também muitas vezes no doente com dreno torácico, por exemplo que são os ER que vão fazer, também há doentes em fase terminal com empiemas e isso pronto, a Ventilação Não Invasiva quando o doente não tendo outra opção recorre-se muito ao BiPAP e CPAP, para dar conforto. E depois sem ser oncológico, só nos paliativos, pois muita gente aponta como preciso, são os colegas com formação em paliativos.

Investigadora: Obrigada.

**APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO ENTREGUE
AOS PARTICIPANTES**

Declaração de Consentimento Informado

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação na mobilidade do doente paliativo não oncológico: perspectiva do enfermeiro de reabilitação.

Eu, _____, abaixo-assinado, _____ (nome completo) _____, tomei

conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito “Os cuidados de enfermagem de reabilitação na mobilidade do doente paliativo não oncológico: perspectiva do enfermeiro de reabilitação”, realizado por Maria da Conceição Fernandes Coelho Alves, a frequentar o I Curso de Mestrado de Cuidados Paliativos da Escola Superior Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: ____ / ____ / 20__

Assinatura do participante:

A Investigadora responsável:

Assinatura: _____

(Maria da Conceição Fernandes Coelho Alves)

APÊNDICE H - MATRIZ DE REDUÇÃO DE DADOS

Área temática - Conceito de doente paliativo não oncológico		
Categoria	Sub categoria	Unidade de análise
1 - Doente com prognóstico de vida limitado	Final de vida	<p>“(…) doente que tem uma doença já em fase final de vida.” (E1)</p> <p>“(…) doentes em estado paliativo ou terminal, (…)” (E2)</p> <p>“(…) doentes em fase terminal, (…)” (E4)</p>
	Sem perspectiva de cura	<p>“(…) doente, que em termos de diagnóstico de doença, de patologia, não teria mais que 6 meses de vida.” (E1)</p> <p>“(…) doente para o qual não há tratamento da patologia (…)” (E2)</p> <p>“(…) aquele doente, (…) que não tem cura, (…)” (E3)</p> <p>“(…) doente que já não tem perspectiva de cura, (…)” (E4)</p> <p>“(…) doente paliativo, (…), é aquele doente que, onde já não é possível fazer a cura da doença, (…)” (E5)</p> <p>“(…) é aquele doente que normalmente não tem, (…) a nível clínico, não tem mais investimento, (…)” (E6)</p>
2 - Doente em sofrimento que necessita de cuidados enfermagem de reabilitação	Promotores de autonomia	<p>“(…) ajudando-os a que consigam prestar os seus próprios autocuidados sem terem tanta dor, (…)” (E1)</p> <p>“É fundamental integrar estes doentes nos cuidados que se prestam (…)” (E2)</p> <p>“(…) incentivo-os a parar, incentivo-os a sentar-se, incentivo-os a fazer a fazer eles próprios (…)” (E2)</p> <p>“(…) sempre que o doente é capaz, eu tento sempre pedir para ele colaborar nos cuidados, (…) para tentar manter a sua autonomia.” (E3)</p>
	Promotores de qualidade de vida	<p>“(…) cuidados que lhe promovam a qualidade de vida.” (E2)</p> <p>“(…) melhorar (…) a sua qualidade de vida.” (E3)</p> <p>“(…) cuidados para manter qualidade de vida (…)” (E4)</p> <p>“(…) dar alguma qualidade de vida ao doente.” (E5)</p>
	Promotores de cuidados de conforto	<p>“(…) doente necessita é de cuidados de conforto (…)” (E2)</p> <p>“(…) ter em conta o conforto do doente, o seu bem-estar, (…)” (E3)</p> <p>“(…) ter em conta o conforto do doente, o seu bem-estar, o alívio dos sintomas, a dor, outros sintomas, a dispneia (…)” (E3)</p> <p>“(…) dar um maior conforto possível (…)” (E4)</p> <p>“(…) o enfermeiro de reabilitação, (…) está mais voltado para as questões da mobilização, do prestar conforto, (…)” (E6)</p> <p>“(…) que tem todo, todo o seu resto ou restante tempo de vida, terá que ter pelo menos conforto, terão que ser prestados os cuidados necessários, sem grandes técnicas invasivas, (…), que tenham realmente o conforto que ele necessita e aquilo que ele realmente necessita para passar os últimos tempos de vida.” (E6)</p>
	Prevenção de sintomas	<p>“(…) mobilizações ativas e assistidas para que as articulações continuem em funcionamento e (…) não tenha tanta dor articular, (…)” (E1)</p> <p>“(…) economia de energias para que não lhe provoque tanto sofrimento.” (E1)</p> <p>“(…) termos de mobilidade (…) as técnicas de conservação de energia são (…) fundamentais, (…)” (E2)</p> <p>“(…) o papel do enfermeiro de reabilitação vai de encontro mais à prevenção de sintomas (…)” (E3)</p> <p>“(…) tentar minimizar os danos da doença, da dor, da falta de ar, da dispneia.” (E4)</p> <p>“(…) aliviando aquilo que são os sintomas, nomeadamente todas as queixas dolorosas que ele possa ter por contraturas (…)” (E5)</p> <p>“(…) O enfermeiro de reabilitação, (…) tem um papel muito importante a nível da prevenção, (…), prevenção também de anquiloses, (…)” (E6)</p> <p>“(…) ER está mais voltado para as questões da mobilização, (…) nos doentes com AVC o posicionamento antiespástico, que é muito importante (…) porque mesmo um doente que não vai recuperar a sua mobilidade, (…)” (E6)</p>

Doentes com diversas tipologias	Cardiovasculares	<p>“ (...) doentes cardíacos, os AVC’s, (...) ” (E1)</p> <p>“ Cardíacos, temos agora uma senhora, (...), os AVC’s, (...) ” (E3)</p> <p>“ (...) cardiopatias severas, (...) ” (E4)</p> <p>“ (...) AVC’s também um ou outro caso.” (E5)</p> <p>“ (...) doentes com AVC, (...) ” (E6)</p>
	Respiratórias	<p>“ (...) doentes (...) maioria mesmo são os doentes respiratórios, (...) “ (E1)</p> <p>“ (...) nós temos muitos doentes terminais do foro respiratório, que são os DPOC’s. “ (E2)</p> <p>“ (...) respiratórios, (...) (E3)</p> <p>“ (...) doentes do foro respiratório, as silicoses (...)” (E4)</p> <p>“ (...) DPOC, (...) ” (E6)</p>
	Neurológicas	<p>“ (...) os neurológicos, são em maior quantidade do que propriamente o doente oncológico. “ (E1)</p> <p>“ (...) doenças degenerativas, já numa fase terminal e (...),” (E5)</p> <p>“ (...) neurológicos, às vezes TCE’s, (...) ” (E6)</p>

Área Temática: Cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao doente paliativo não oncológico			
Subtema	Categoria	Sub categoria	Unidade de análise
A - Intervenções do enfermeiro de reabilitação	Avaliação das limitações da mobilidade	Nível motor	<p>“Mobilidade total, os autocuidados, (...) e mesmo nas transferências do doente, (...)” (E1)</p> <p>“Cuidados esses que podem ser realmente prestados pelos enfermeiros de reabilitação, nomeadamente na mobilidade, (...)” (E2)</p> <p>“ (...) a mobilidade musculo articular, (...)” (E3)</p> <p>“ (...) a mobilidade, o fazer o levantar ou não fazer, (...) essa tomada de decisão, (...)” (E4)</p> <p>“ (...) cuidados relacionados (...) com as mobilizações (...) posicionamentos, (...)” (E5)</p> <p>“ (...) o posicionamento antiespástico, que é muito importante (...), porque mesmo um doente que não vai recuperar a sua mobilidade, também não tem que ficar anquilosado, não tem que ficar espástico (...)” (E6)</p> <p>“Em todas as atividades que eles façam, no levantar, no deambular, no ir à casa de banho, higiene (...)” (E1)</p>
		Nível sensorial	<p>“ (...) que ele sinta confortável, porque (...), eles muitas das vezes com a dor que têm (...) desistem (...)” (E1)</p> <p>“ (...) o conforto do doente, o seu bem-estar, o alívio dos sintomas, a dor, (...)” (E3)</p> <p>“ (...) minimizar os danos da doença, da dor, da falta de ar, da dispneia.” (E4)</p> <p>“ (...) ir aliviando aquilo que são os sintomas, nomeadamente todas as queixas dolorosas que ele possa ter por contraturas (...)” (E5)</p>
	Promoção de capacidades adaptativas	Autocuidados	<p>“ (...) autocuidados sem terem tanta dor, ... fazê-lo (...) de uma forma mais eficaz, (...)” (E1)</p> <p>“ (...) para que eles consigam prestar os seus próprios autocuidados (...)” (E1)</p> <p>“ (...) durante a realização dos cuidados de higiene incentivo-os (...) a fazer eles próprios (...)” (E2)</p>
		Eliminação	“ (...) cuidados (...) a eliminação intestinal e a vesical, (...)” (E3)
		Alimentação	<p>“ (...) cuidados com a alimentação,” (E3)</p> <p>“ (...) os cuidados de alimentação,” (E4)</p>
		Deglutição	<p>“ (...) ensinar reflexos de deglutição (...)” (E1)</p> <p>“ (...) cuidados (...) com (...) alterações da deglutição.” (E3)</p>
	Reeducação das limitações provocadas pela alteração da mobilidade	Posicionamentos	<p>“ (...) posicionamentos, (...)” (E1)</p> <p>” (...) posicionamento de alívio de dor, (...)” (E1)</p> <p>“ (...) posicionamentos (...)” (E3)</p> <p>“ (...), um posicionamento mais de conforto (...)” (E4)</p> <p>“ (...) posicionamentos (...)” (E5)</p> <p>“ (...) posicionamentos antiespásticos (...)” (E6)</p>
		Mobilizações	<p>“ (...) mobilizações ativas e assistidas para que as articulações continuem em funcionamento (...)” (E1)</p> <p>“ (...) são cuidados relacionados (...) com as mobilizações (...)” (E5)</p> <p>“ (...) uma mobilização musculo articular passiva (...)” (E6)</p>

		Transferências /Levante	<p>“(…) as transferências para eles são boas (…)” (E1)</p> <p>“(…) as transferências (…)” (E3)</p> <p>“(…) os levantes (…)” (E5)</p> <p>“(…) teriam vantagem em fazer levante (…)” (E6)</p>
		Técnicas de CR	<p>“(…) readaptação ao esforço, (…)” (E1)</p> <p>“(…) dissociação dos tempos respiratórios, (…)” (E1)</p> <p>“(…) o economizar energias na respiração, ensina-los a dissociação os tempos respiratórios, (…)” (E1)</p> <p>“(…) na tosse assistida (…)” (E2)</p> <p>“(…) tento fazer algumas manobras de CR e claro não posso fazer todo tipo de manobras, não é, mas por exemplo dissociação dos tempos respiratórios (…)” (E2)</p> <p>“(…) em termos de CR não faço muito mais porque o resto das manobras, acho que são bastante agressivas e não têm benefício para o doente. (…)” (E2)</p> <p>“(…) cinesiterapia respiratória (…),” (E3)</p> <p>“(…) a consciencialização da respiração (…)” (E4)</p> <p>“(…) cuidados relacionados com cinesiterapia (…)” (E5)</p>
		Técnicas de relaxamento	<p>“(…) massagem de conforto (…)” (E2)</p> <p>“(…) técnicas de relaxamento (…)” (E3)</p> <p>“(…) prestar conforto através da massagem (…)” (E6)</p>
		Treino de marcha/ Deambulação	<p>“(…) a mobilidade musculo articular, (… treino de marcha.” (E3)</p>
	Controlo de sintomas	Alívio de dor	<p>“(…) posicionamento de alívio de dor, (…)” (E1)</p> <p>“(…) fazer as mobilizações ativas e assistidas para que as articulações continuem em funcionamento e ele não tenha tanta dor articular.” (E1)</p> <p>“(…) o alívio dos sintomas, a dor, (…)” (E3)</p> <p>“(…) com a finalidade de (…) não ter dor, (…)” (E4)</p> <p>“(…) ir aliviando aquilo que são os sintomas, nomeadamente todas as queixas dolorosas que ele possa ter por contraturas e dentro do possível dar qualidade, dar qualidade essencialmente, acho que é essa a visão major do ER – é dar qualidade dentro do possível aos doentes.” (E5)</p>
		Alívio da dispneia	<p>“(…) respiração que ele deve fazer para que não tenha tanta dispneia, (…)” (E1)</p> <p>“(…) o alívio dos sintomas, (…) a dispneia.” (E3)</p> <p>“(…) tentar minimizar os danos da doença, (…) da falta de ar, da dispneia. (E4)</p>
		Alívio do sofrimento	<p>“(…) não lhes cause a eles (…), tanto sofrimento, (…)” (E1)</p>
		Prevenção de UP	<p>“(…) posicionamento (…) para não criar úlceras de pressão (…)” (E1)</p> <p>“Prevenção de úlceras de pressão, (…)” (E3)</p> <p>“(…) prevenção de úlceras de pressão, (…)” (E6)</p>
	Palição		<p>“(…) enquanto há vida, (…), são os cuidados que lhe permitem ter uma melhor qualidade de vida, palição do tempo que lhe falta.” (E4)</p>

	Monitorização dos resultados das intervenções	Registos escritos	<p>“(…) a gente levanta o fenómeno de dor, (….) é uma avaliação (….) ” (E1)</p> <p>“(…) que tenham mais dispneia ou menos dispneia.” (E1)</p> <p>“(…) se o doente evoluir favoravelmente de muito elevado para um autocuidado em grau moderado.” (E1)</p> <p>“(…) avaliação que faz é através da SAPE, dos registos na SAPE.” (E2)</p> <p>“São avaliados, porque se o doente passar de um elevado para um moderado em termos de processo de enfermagem, já estamos a fazer a avaliação, não é, com certeza reflete-se nos processos de enfermagem.” (E2)</p> <p>“(…) registos no CIPE/SAPE (….) ” (E3)</p> <p>“(…) Registos classificação de doentes. (E3)</p> <p>“(…) são avaliados no sistema de registo, sistema de registo de enfermagem na CIPE e na SAPE.” (E4)</p> <p>“(…) vou fazendo os registos, doente está com dor, (….) o doente tem secreções (…), vamos avaliar os ganhos que vamos tendo,” (E5)</p> <p>“(…) nós temos os nossos planos de intervenção ao fim e ao cabo dão-nos uma resposta se aquilo está ou não está a sortir efeito para determinado sintoma que o doente tem (….) ” (E5)</p> <p>“(…) são avaliados nos nossos registos, (….) ” (E6)</p> <p>“(…) são avaliados por mim nos meus registos, mas depois não há continuidade (….) por isso é uma avaliação que não é continuada.” (E6)</p> <p>“(…) através da CIPE/SAPE, (….) “ (E6)</p>
		Reuniões de enfermagem	<p>“(…) inclusive nas passagens de turno (….) ” E1</p> <p>“(…) são avaliados (….) também na passagem de turno, (….) fazendo uma avaliação como o doente, como se sentiu ou não, penso que sim, são avaliados.” (E4)</p> <p>”(…) tem a ver (….) com os registos, com a avaliação, pronto falarmos entre equipa, entre nós, (….) ” (E4)</p>
		Avaliação da evolução dos sintomas	<p>“(…) nós próprios avaliamos o que fazemos, (….) (E1)</p> <p>“(…) através de vermos como vai a melhoria do doente em função dos sintomas que apresenta.” (E3)</p> <p>“(…) vamos também fazendo uma avaliação com o doente, como se sentiu ou não, penso que sim, são avaliados.” (E4)</p> <p>“(…) vamos avaliar os ganhos que vamos tendo (….) ” (E5)</p> <p>“(…) vamos avaliando se o doente se realmente fica anquilosado ou não e mostra sinais de espasticidade (….) ” (E6)</p>
B - Momentos da Intervenção do enfermeiro de reabilitação	Turno da manhã	Cuidados de higiene	<p>“(…) os momentos dos cuidados de higiene, as atividades de vida diárias (….) ” (E2)</p> <p>“(…) durante os cuidados de higiene, no turno da manhã, basicamente na altura dos cuidados de higiene.” (E3)</p> <p>“(…) cuidados de higiene (….) ” (E4)</p> <p>“(…) são prestados (….) na altura que prestamos os cuidados de higiene (….) ” (E6)</p>
		Transferências	“(…) na altura das transferências.” (E3)
	Outros turnos		<p>“(…) posicionamento de um ombro, (….) é feito durante o resto dos turnos, (….) ” (E1)</p> <p>“Momentos são todos aqueles em que vamos prestar cuidados (….) há sempre um número grande de cuidados, (….) temos que aproveitar todos os momentos para prestar cuidados mais específicos a estes doentes.” (E4)</p> <p>“(…) são prestados, (….) na altura dos posicionamentos (….) ” (E6)</p>

C - Estratégias utilizadas na pelo ER	Técnicas de CR		<p>“ (...) e ensinar-lhes a poupar as suas próprias energias, (...) ” (E1)</p> <p>“ (...) técnica de tosse, (...) ” (E1)</p> <p>“Reeducação do esforço, (...) ” (E1)</p> <p>“ (...) dissociação dos tempos respiratórios, (...) ” (E2)</p> <p>“Também cinesiterapia respiratória, (...) ” (E3)</p>
	Técnicas de Mobilização		<p>“ (...) mobilizações ativas e assistidas (...) ” (E1)</p> <p>“ (...) a mobilização musculo articular, (...) ” (E3)</p> <p>“ (...) relacionados com as mobilizações (...) ” (E5)</p> <p>“ (...) mobilização musculo articular passiva (...) (E6)</p>
	Técnicas de Massagem		<p>“Massagem de conforto (...) ” (E2)</p> <p>“ (...) prestar conforto através da massagem (...) ” (E6)</p>
	Recurso a produtos de apoio		<p>“Os recursos que utilizamos são alguns materiais, os colchões, as almofadas, os andarilhos.” (E3)</p>
	Procura de objetivos comuns		<p>“ (...) encontrar aqui sempre um equilíbrio que é o que a gente pretende, (...) ” (E1)</p> <p>“ (...) os meus próprios objetivos, (...) tudo que eu faço também é para eu me sentir bem como prestadora de cuidados. (...) a qualidade de vida do doente (...) e o conforto, mas os meus objetivos como prestadora de cuidados são atingidos com a minha prestação e a melhoria da sua qualidade de vida, (...) ” (E2)</p> <p>“ (...) papel do ER poderia ser aproveitado para melhorar estes cuidados os estes doentes, mas era necessário que nos deixassem trabalhar um bocadinho mais com estes doentes e eles beneficiariam com certeza.” (E3)</p> <p>“ (...) somos todos parte do mesmo e o que queremos é realmente que o doente tenha o máximo de conforto se sintam bem e que estamos a fazer o máximo pelo doente (...) ” (E6)</p>

Tema: Percepção dos enfermeiros de reabilitação relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao doente agudo e ao doente paliativo não oncológico		
Categoria	Sub categoria	Unidade de análise
Sem diferenças		<p>“Seja paliativo ou não tem direito a ter reabilitação (...)” (E1)</p> <p>“ (...) temos doente em cuidados paliativos e atendemos a esse doente da mesma forma, damos prioridade a esse doente como damos em fase aguda.” (E1)</p> <p>“ (...) não distingo os doentes, (...) tento sempre prestar os mesmos cuidados, (...) no doente terminal ou (...) agudo, (...)” (E3)</p> <p>“ (...) não haverá na minha perspetiva grande (...) diferença, (...)” (E5)</p> <p>“ (...) deve ser igual (...)” (E6)</p>
Com diferenças	Maior atenção no doente paliativo	“ (...) estes doentes são um bocado tratados como os restantes doentes, o que não deveria ser porque precisam de mais atenção, de mais carinho, (...), deviam ter mais apoio. “ (E3)
	Maior disponibilidade de tempo no doente paliativo	<p>“ Há diferença porque este tipo de doentes requisitam de nós mais (...) tempo,” (E4)</p> <p>“ (...) prestar cuidados de reabilitação a estes doentes, porque são doentes que necessitam muito do enfermeiro de reabilitação e que também necessitam de tempo e disponibilidade (...)” (E6)</p>
	Maior flexibilidade na execução dos cuidados no doente paliativo	<p>“ (...) cuidados de enfermagem de reabilitação, (...)que nós conseguimos atender, com mais capacidades, que são mais viáveis para eles, (...)” (E1)</p> <p>“ (...) prestar cuidados especializados (...) ao doente terminal, tendo em vista (...) ajuda-lo a se readaptar a uma nova situação que está a viver, ao doente e família, (...)” (E3)</p> <p>“ (...) nós temos que fazer às vezes uma pausa e pormo-nos no lugar do doente, mesmo da família, proporcionar-lhes outro tipo de experiências do género, (...), mudamos a dieta conforme o gosto do doente.” (E4)</p> <p>“ (...) os DPCO's beneficiavam imenso, mesmo até os doentes AVC, que à partida não têm potencial, (...)” (E6)</p>
	Objetivo de cura no doente agudo	“ (...) diferenças é que o doente agudo, nós temos aquele objetivo da cura, de doente vir (...) a adquirir capacidade da função (...),” (E4)
	Maior potencialidade de adesão aos cuidados de reabilitação no doente agudo	<p>“ (...) há alguma diferença, (...) aquele doente que entra na fase aguda (...), é um doente (...) que tem mais potencialidades (...) vamos investir nele (...), porque sabemos que esta fase precoce é muito importante, (...)” (E5)</p> <p>“ (...) uma pessoa que tem (...) potencial, normalmente temos mais tendência a investir mais, (...)” (E6)</p>

Área Temática: Perspetiva dos enfermeiros de reabilitação relativamente à sensibilidade da organização/instituição para os cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico		
Categoria	Sub categoria	Unidade de análise
Insensibilidade da organização	Subaproveitamento de recursos com formação específica	<p>“ (...) não estão sensíveis, (...) há muito mesmo ainda muito a mudar.” (E1)</p> <p>“ (...) os enfermeiros de cuidados paliativos (...) são muito pouco utilizados, (...) ” (E1)</p> <p>“ (...) a instituição (...) está minimamente sensibilizada para a importância do enfermeiro de reabilitação.” (E3)</p> <p>“ (...) o saber, o conhecimento, não está a ser aproveitado, (...) é sinal que não estão sensíveis.” (E4)</p> <p>“ (...) acho que não estão sensíveis para isso, (...) ” (E5)</p> <p>“ (...) não vejo a instituição sensível neste sentido (...) ” (E6)</p> <p>“ (...) somos alguns enfermeiros de reabilitação, mas não estamos em todos os turnos, (...) embora aos nossos doentes prestamos cuidados de reabilitação, mas não temos a continuidade para a tarde ou para a noite. “ (E6)</p>
	Insensibilidade da equipa multidisciplinar para os cuidados de enfermagem de reabilitação	<p>“ (...) nem a instituição, nem as equipas multidisciplinares (...) ” (E2)</p> <p>“ (...) os médicos não têm sensibilidade para os doentes paliativos, é investir até ao fim.” (E2)</p> <p>“ (...) o doente tinha o direito a ter melhor acompanhamento, (...) uma equipa multidisciplinar, que o ajudasse a controlar os sintomas (...) e melhorar um bocadinho a sua qualidade de vida, (...) ” (E3)</p>
	Défice de recursos humanos	<p>“ (...) é impossível a gente conseguir prestar cuidados gerais e cuidados de reabilitação, (...) é (...) muito complicado para fazer a gestão destes cuidados.” (E3)</p> <p>“ (...) há já um número considerável de elementos com a especialidade de enfermagem de reabilitação e que não estão a ser aproveitados, (...) ” (E4)</p> <p>“ (...) pelos recursos que estão disponibilizados, pelos meios que temos torna-se muito difícil.” (E5)</p> <p>“ (...), já tentou colocar-nos como elemento extra para fazermos reabilitação, já tentou colocar uns de manhã outros à tarde para haver continuidade de cuidados de reabilitação, mas realmente não há possibilidade, (...) ” (E6)</p>

Área Temática: Visibilidade dos cuidados enfermagem de reabilitação

Categoria	Subcategoria	Unidade de análise
Desconhecimento da equipa multidisciplinar do papel do Enfermeiro de reabilitação		<p>“ (...) ainda não perceberam muito bem o que é enfermeiro de reabilitação e o que ele ali faz. “ (E1)</p> <p>“A equipa multidisciplinar (...) não vêem o serviço com o recurso enfermeiro de reabilitação, (...), nem sabem que têm enfermeiro de reabilitação no serviço, porque não há esta dinâmica de enfermeiro de reabilitação, (...) ” (E6)</p>
Desvalorização da figura do Enfermeiro de Reabilitação		<p>“ (...) os colegas generalistas ainda não sentiram que nós somos uma mais valia seja em que doente for, (...) ” (E1)</p> <p>“ (...) em termos superiores, já acho que se começa a diluir (...) a importância que atribuem aos cuidados de enfermagem de reabilitação.” (E2)</p> <p>“ (...) como fundamental penso que não, talvez não verão, isto também decorre da insensibilidade, que, (...) que a hierarquia tem, (...) (E4)</p>
Valorização do papel do Enfermeiro de Reabilitação		<p>“Os pares acham que o enfermeiro de reabilitação é necessário para a obtenção de ganhos em saúde (...) ” (E2)</p> <p>“ (...) temos colegas que realmente dão importância ao papel do enfermeiro de reabilitação (...) ” (E3)</p> <p>“ (...) eu acho que os nossos pares (...) que conseguem ver isso, (...) acho que não têm duvida nenhuma dos ganhos que a gente consegue dar a esses doentes (...) ” (E5)</p> <p>“ (...) veem o enfermeiro de reabilitação como alguém que pode colaborar nos cuidados (...) ” (E6)</p>

Área Temática: Perspetiva dos enfermeiros de reabilitação relativamente à comunicação estabelecida entre pares

Categoria	Sub categoria	Unidade de análise
Comunicação	Articulação	<p>“ (...) entre nós há uma boa comunicação, mesmo na passagem de turno (...) ” (E1)</p> <p>“ Eu acho que isso há uma boa comunicação (...) ” (E1)</p> <p>“ (...) as pessoas vão questionando, quais são as manobras de podemos fazer durante a aspiração de secreções e quais as técnicas de cinesiterapia respiratória que se podem implementar a estes doentes.” (E2)</p> <p>“Muito boa, (...) as pessoas vão perguntando o que se pode fazer, (...) neste doente, (...) quais as técnicas que tu implementarias (...) ” (E2)</p> <p>“Comunicação de entre ajuda procurando sempre o melhor para o doente (...) ” (E3)</p> <p>“ (...) colegas colaboram connosco e nós com eles, quando têm duvidas, principalmente nos doentes com AVC’s, nos posicionamentos, nos treinos de marcha, acho que há aqui uma interligação nos cuidados, tentamos colaborar uns com os outros, (...) “ (E3)</p> <p>“Os outros enfermeiros pedem a nossa colaboração quando têm dúvidas em campos que abrangem mais os de enfermagem de reabilitação.” (E3)</p> <p>“ (...) a comunicação existe, (...) a comunicação é mais naquele aspeto de uma dúvida, que as pessoas têm numa avaliação.“ (E4)</p> <p>“Às vezes ter uma opinião, de uma avaliação dos défices, de algum cuidado mais específico (...) ” (E4)</p> <p>“Acho que a comunicação é muito boa e eficaz, (...) ” (E5)</p> <p>“Sim, (...) existe comunicação (...) ” (E6)</p>
	Partilha de informação	<p>“ (...) colegas generalistas sabem e articulam-se muito bem (...) ” (E1)</p> <p>“Há partilha de informação, (...) pedem a nossa colaboração quando têm dúvidas em campos que abrangem mais os de enfermagem de reabilitação.” (E3)</p> <p>“ (...) há partilha, (...) até para referenciar doentes pela continuidade de cuidados.” (E4)</p> <p>“Partilha sim sempre, sempre inclusive quando há avaliação que é mais da área da reabilitação (...) recorrem muito a nós (...) ” (E5)</p> <p>“ (...) há partilha de informação (...) eu acho que há bastante partilha.” (E6)</p>

Área Temática: Dificuldades experienciadas pelos enfermeiros de reabilitação no cuidar do doente paliativo não oncológico

Categoria	Sub categoria	Unidade de análise
Distribuição de doentes com tipologias diversas		<p>“ (...) fico com todo o tipo de doentes, (...) ” (E2)</p> <p>“ (...) são-nos atribuídos todos os doentes do serviço, distribuídos.” (E3)</p> <p>“ (...) depois há o resto dos outros doentes (...) ”(E4)</p> <p>“ (...) não ficamos só com os doentes com necessidades de reabilitação, com doentes em fase terminal, que necessitam de enfermagem de reabilitação (...) ” (E6)</p>
Gerir emoções/sentimentos		“Alguma dificuldade para lidar com pessoas em fase terminal (...).” (E3)
Avaliação de cuidados		<p>São avaliados pelo próprio doente, (...) ” (E2)</p> <p>“ (...) são avaliados (...) melhoria do doente em função dos sintomas que apresenta.” (E3)</p>

Área Temática: Sugestões para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente paliativo não oncológico		
Categoria	Sub categoria	Unidade de análise
Equipas de reabilitação		<p>“(…) equipa de reabilitação (...)” (E1);</p> <p>“(…) é muito importante, o enfermeiro de reabilitação na prestação de cuidados aos doentes do foro paliativo não oncológicos (...)” (E2)</p> <p>“O ideal (...) era cada serviço de medicina ter um enfermeiro de reabilitação que pudesse prestar cuidados especializados para procurar uma melhoria dos cuidados ao doente terminal, (...)” (E3)</p> <p>“(…) dentro do serviço, (...) era darem-nos mais oportunidades de nós conseguirmos desenvolver um trabalho mais próximo destes doentes, (...), ficarmos mais, (...) sermos mais, pelo menos mais um elemento por turno, (...) aumentarem aos rácios, (...) recursos humanos.” (E4)</p> <p>“(…) gostaríamos de ser um enfermeiro de reabilitação para dar apoio a estes doentes (...)” (E4)</p> <p>“(…) havia de haver mais recursos humanos.” (E5)</p> <p>“(…) nos não devíamos fazer parte dos mínimos, para podermos prestar cuidados de reabilitação a estes doentes, porque são doentes que necessitam muito do enfermeiro de reabilitação (...)” (E6)</p> <p>“(…) doentes muito complicados em fases terminais e que nós às vezes nem tempo temos para estar com o doente, para, (...) apoiar e se tivéssemos mais enfermeiros durante o turno da manhã, (...) e de tarde poderíamos, (...) fazer muito mais, (...) ter tempo para prestar cuidados de reabilitação (...). Mesmo à tarde poderia ser feito o levante (...) que era bom para os utentes, os DPCO’s beneficiavam imenso, mesmo até os doentes AVC, que à partida não têm potencial, mas até que teriam vantagem em fazer levante.” (E6)</p>
Promover o empoderamento do doente		<p>“(…) tento sempre procurar que o doente colabore nos cuidados (...)” (E3)</p> <p>“Ajudar o doente a readaptar-se a uma nova situação, ao doente e família (...)” (E3)</p>
Enfermeiros com formação em Cuidados Paliativos		“(…) temos colegas com especialidade em paliativos e (...) deviam ser aproveitadas para trabalhar (...) com estes doentes, (...)” (E3)
Consensos sobre olhar do doente paliativo não oncológico		<p>“(…) devia haver um consenso entre toda a equipa, equipa multidisciplinar, médicos e enfermeiros, saberem o que é realmente os doentes paliativos, (...)”. (E2)</p> <p>“(…) se houvesse alguma formação (...) e que houvesse adesão da outra parte, também acho que melhorava, melhorava, eles ainda está muito na vertente tratamento, tratar, tratar, tratar, tratar, não, não reduzir a dor, não, se administra alguma terapêutica para a dor, somos nós que estamos sempre a insistir, (...), e mesmo com a nossa monitorização (...) da dor (...)”. (E2)</p> <p>“(…) estes doentes são um bocado tratados como os restantes doentes, o que não deveria ser, porque precisam de mais atenção, de mais carinho, (...), deviam ter mais apoio.” (E3)</p> <p>“Começaria por questões ligadas (...) à logística, acho que esses doentes deviam ter lugares muito próprios, (...) que lhes conferisse conforto (...)” (E5)</p> <p>“(…) são doentes que necessitam muito do enfermeiro de reabilitação e que também necessitam de tempo e disponibilidade (...)” (E6)</p>